№ 9 WRZESIEŃ 1923 R. ROK XVIII

KRONIKA DENTYSTYCZNA

MIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ ORAZ SPRAWOM ZAWODOWYM

W sprawie leczenia wrzodziejącego zapalenia śluzówki jamy ustnej (stomatitis ulcerosa).

PODAŁ

M. ROZENOWICZ

Częstochowa.

Wrzodziejące zapalenie śluzówki jamy ustnej spotykaliśmy dawniej jako cierpienie nader rzadkie i prawie wyłącznie wśród dzieci. W r. 1859 Bergeron wspomina o zapaleniach wrzodziejących jamy ustnej w szkołach, koszarach i w większych skupieniach ludzi. W ostatnich latach w całej Europie również w Polsce dał się zauważyć znaczny wzrost ilości przypadków zachorowań na wrzodziejące zapalenie śluzówki jamy ustnej, będące często w związku z t. zw. anginą Plaut-Vincent. W Warszawie w jednym z przytułków dla dzieci wybuchła nawet epidemja wrzodziejącego zapalenia gardła i jamy ustnej (z grona 57 dzieci zachorowało 47), a od października 1919 roku do szpitala Ujazdowskiego zgłosiło się 100 żołnierzy z tego rodzaju cierpieniem.

Obecnie omawiana choroba stała się bardziej aktualną, i cierpiących na to schorzenie spotykamy dosyć często. Podczas mojej długoletniej praktyki do roku 1916-go nie zdarzyło mi się obserwować ani jednego przypadku omawianego zapalenia śluzówki, natomiast od tego czasu, podczas całego trwania wojny europejskiej i później, z początku rzadko wprawdzie, lecz następnie coraz częściej stwierdziłem przypadki wrzodziejącego stomatitu, a w ostatnich czasach przypadki te były tak częstę, że nie było miesiąca, w którym nie leczyłoby się kilku pacjentów na to schorzenie.

Spostrzeżenie, że wrzodziejące zapalenie jamy ustnej występuje wśród dzieci, w koszarach, szkołach nasuwa myśl, iż jest ono pochodzenia bakteryjnego. Benheim, Pospisil i inni uważają, że zapalenie to wywoływane jest współżyciem pałeczek wrzecionowatych z krętkami (bacillus fusiformis et spirochetae) jak przy zapaleniu gardła Plaut-Vincent. Badania innych uczonych po-

twierdziły w zupełności przypuszczenie. W 10 zbadanych przyp. znaleziono wszędzie wspomniane wyżej drobnoustroje. W każdym przypadku jednej i drugiej choroby badania drobnowidzowe wykazały obecność znacznej ilości prątków wrzecionowatych (bacillus fusiformis) i krętków (spirochetae Plaut-Vincent).

Wobec możliwości wystąpienia jednocześnie obu powyższych cierpień nie od rzeczy będzie zwrócić uwagę tu również i na anginę Vincent, którą to ten po raz pierwszy opisał w r. 1898 pod mianem angine ulcero-membraneuse a którą inni autorzy nazywali l'angine diphteroide de Vincent, która odgrywać powinna ważną rolę w stomatologji. Aczkolwiek zazwyczaj bywa umiejscowiona na migdałach, przenieść się jednak może łatwo i na inne okolice jamy ustnej. Przebieg kliniczny anginy Plaut-Vincent przedstawia się w I okresie jako rzekoma błonica (angine pseudodiphterique), którą cechują błonki, podobne do błonicy; tworzą biało - szarawy nalot przeważnie na jednym migdałku przy nieznacznem powiększeniu gruczołów podszczękowych. Po kilku dniach nalot znika. Gorączka przeważnie nieznaczna, łykanie w nieznacznym stopniu utrudnione (pierwsza postać). W drugiej postaci, rozpoczynającej się przeważnie podobnie jak pierwsza, nalot ustępuje miejsca owrzodzeniu, mniej lub więcej głęboko sięgającemu, a zajmującemu nieraz cały migdał. Gruczoły podszczękowe obrzmiewają silniej, gorączka dochodzi nieraz do 39° i wyżej, brak łaknienia, bóle przy łykaniu. Choroba trwa od 10—15 dni; przy nieodpowiedniem leczeniu może trwać kilka tygodni, a nawet miesięcy. Spostrzegano przypadki śmiertelne wskutek rozszerzenia się sprawy chorobowej na śluzówkę jamy ustnej, na podniebienie, przełyk i t. d. Skonstatować można zazwyczaj na jednym tylko migdałku, rzadko na obu równocześnie, jeszcze rzadziej w otoczeniu, np. na podniebieniu miękkiem, twardem i t. d., biały pokład wyglądu błoniczego, przyczem tylko drogą bakterjologiczną rozpoznać można dokładnie chorobę.

Jak przy błonicy, i tu wyczuwać się daje oddech cuchnący; zauważyć można owrzodzenie, pokryte powłoką zgorzelinową, łatwą do zdjęcia; możliwe jest rozejście się bez wszelkich następstw i śladów.

Omawiane cierpienie jest chorobą zakaźną, wywoływaną przez typowe 2 wspomniane drobnoustroje.

Świat lekarski żywo zainteresował się opisaną tu chorobą (Bayer, Iwanow, Meyer i inni). Stwierdzono związek między stomatitis ulcerosa membranacea i anginą Vincent.

Rozpoznanie omawianej formy anginy jest bardzo ważne ze względu na to, że może spowodować powikłania bardzo poważne. W I okresie analogja z dyfterją (błonicą) jest taka, że tylko badanie bakterjologiczne stwierdzi rozpoznanie. W II okresie łatwo się pomylić; chorobę tę rozpoznać można jako przymiot, ale i tu bakterjologiczne badanie usunie wszelkie wątpliwości. W większości przypadków, dotąd opisanych i rozpoznanych, przebieg choroby był łagodny. Choroba ta wymaga prócz rozpoznania istoty i starannego leczenia również troskliwej opieki.

Wrzodziejące zapalenie jamy ustnej (stomatitis ulcerosa) występuje w postaci obrzmienia dziąseł, z początku przeważnie w okolicy

przednich zębów, a następnie i trzonowców. Wkrótce w miejscu obrzmienia tworzą się owrzodzenia, pokryte szarawym nalotem. Dziąsła krwawią obficie przy najlżejszem dotknięciu i są bolesne. Ropienie przybiera nieraz większe rozmiary, a pomiędzy dziąsłem i zębem, w kieszonce, gromadzi się ropa. Zapalenie to najczęściej umiejscawia się w kieszonkach dziąsłowych obok korzeni, na brodawkach międzyzębowych, na brzegach dziąseł i śluzówce policzka, a w wypadkach cięższych rozszerza się na migdałki i podniebienie.

Sprawa zaczyna się od zaczerwienienia i opuchnięcia śluzówki; miejsca te łatwo krwawią przy dotknięciu i są bolesne. Po kilku dniach następuje rozpad tkanki; proces przechodzi czasem na okostną i powoduje wydzielanie się martwaków; charakterystyczne cuchnienie z ust, gruczoły podszczękowe obrzmiewają, przyjmowanie pokarmów stałych staje się utrudnionem, często bywa ogólne osłabienie, brak apetytu i gorączka. Choroba trwa od 2-ch do 4-ch tygodni przy odpowiedniem leczeniu; w braku leczenia stan ten może trwać szereg miesięcy i doprowadzić do głębokich owrzodzeń i zajścia śmiertelnego.

Jako przyczyny, sprzyjające rozwojowi tego cierpienia, trzeba uznać niedostateczną czystość jamy ustnej, t. j. obecność gnijących korzeni, wyrzynające się zęby mądrości, nędzne warunki hygjeniczne oraz choroby gorączkowe i inne, jakoto: tyfus, zimnica, zołzy, grużlica, krzywica, cukrzyca, zatrucie fosforem; również afty i zapalenie włóknikowe śluzówki jamy ustnej usposabiają do tego cierpienia.

Rokowanie dobre; pozostałości po omawianej chorobie najczęściej stanowią odciągnięte i niezrośnięte z szyjkami zębów kieszonki dziąsłowe, które sprzyjają zapaleniu dziąseł oraz stanowią ulubione miejsca dla ciągłych nawrotów tejże choroby.

Dwa przypadki ciągłych nawrotów wrzodziejącego zapalenia dziąseł spotykałem u młodych osób, dzieci lekarzy, które przechodziły afty; po tychże pozostała skłonność do częstych nawrotów omawianego cierpienia.

Odbudowa brodawek dziąsłowych ad integrum prawie nigdy nie następuje. To powoduje skłonność do ropocieku zębodołowego i próchnicy szyjek zębowych.

Terapja ze względu na stosowanie różnorodnych środków w ostatnich czasach stała się sprawą ważną. Stosowano 5% fenol w glicerynie, jodynę, azotan srebra, 3% perhydrol i t. d.

Spostrzeżenia dra Meyera dały następujące wyniki: jodyna i azotan srebra wywołują bardzo nieznaczny, a czasem nawet wręcz przeciwny skutek; 3% lub 5% neosalvarsan w glicerynie — znaczną poprawę, a najsilniej działa perhydrol.

Czem się tłumaczy tak wybitne działanie perhydrolu? Otóż szereg badań doświadczalnych doprowadziło do wniosku, że wspomniane wyżej drobnoustroje należą do grupy beztlenowców i dlatego tak szybko giną pod wpływem tlenu.

Przy leczeniu usuwa się najpierw przyczynę, jak to: wyrzynający się ząb mądrości, gnijące korzenie, osad na zębach, a gdzie jest możliwe i części rozpadłe tkanek. 3% perhydrol stosujemy nie tylko do płukania, lecz wpuszczamy za pomocą pipetki lub strzykawki w przestrzenie międzyzębowe i kieszonki dziąsłowe.

Dobre wyniki otrzymywano od stosowania salvarsanu i neosalvarsanu.

Technika miejscowego stosowania jest zupełnie prosta. Na chore miejsce stosuje się okład z 10% salvarsanu w glicerynie, lub zawiesiny w tem samem stężeniu w tłustych olejach (ol. amygdalarum dulc., ol. sesami, ol. olivarum, lub też parafini liq.) po oczyszczeniu ropiejącego i nalotemi pokrytego miejsca; przy pomocy fizjologicznego rozczynu soli kuchennej, ogrzanego do temperatury ciała stosuje się salvarsan w powyżej wzmiankowanem stężeniu, czy to jako roztwór, lub też zawiesina. Zależnie od przypadku, odpowiednie miejsca pędzluje się 1—3 razy dziennie. W praktyce odontoterapeutycznej jako najodpowiedniejsze okazało się dyspensowanie salvarsanu w dawkach po 0,1: umożliwia to stosownie do potrzeby — sporządzanie każdorazowo świeżego jednoprocentowego rozczynu. Zawiesina w parafinie wykazuje nad zwykłemi roztworami tę wyższość, że analogicznie do roztworów glicerynowych wytrzymuje bez szkody kilka dni i wystarcza na jeden cały turnus leczenia, jednak pod warunkiem, że szczelnie jest zamknięte w buteleczce; przed każdorazowem użyciem należy płyn dokładnie zmącić.

Najważniejszą rzeczą, na którą główny nacisk kłaść należy, stanowi zawsze odpowiednia staranność w stosowaniu.

Opierając się na dodatnich wynikach stosowania salvarsanu, sąd o nim sformułować możemy w ten sposób, że nie tylko nitkowate bakterje i spirochaety, lecz raczej wszystkie w jamie ustnej pozostające protozoa pod wpływem wyłącznie miejscowo stosowanego salvarsanu ulegają zniszczeniu.

Salvarsan, działający na spirochetae pallidae, nie może nie mieć wpływu także i na pokrewne mu drobnoustroje. Następnie po zastosowaniu preparatu najoczywiściej stwierdzić się daje równoległość oddziaływania tak na krętki blade, jak i na krętki jamy ustnej. Ponieważ omawiane przeze mnie cierpienie śluzówki jamy ustnej (stomatitis ulcerosa), występujące współrzędnie z anginą Vincent jest chorobą zakaźną, wywoływaną przez typowe 2 drobnoustroje, prątek wrzecionowaty i krętki Vincent, a że salvarsan oddziaływa tak na krętki blade, jak i na wszystkie inne gatunki krętków, jako pokrewne mu drobnoustroje, zrozumiałem więc się staje swoistość działania jego na stomatitis ulcerosa i anginę Vincent, jako na choroby, wywoływane przez krętki. Tem się więc tłumaczą najlepsze wyniki leczenia, osiągnięte w tych razach przy stosowaniu preparatów salvarsanowych. Przy stomatitis ulcerosa i anginie stosuje go się w ten sposób: 5% lub 10% rozczynu w glicerynie do okładów i pędzlowania 3 razy dziennie; jeżeli zajęte są dziąsła, wstrzyknąć go można także do kieszonek dziąsłowych.

W końcu zwrócę uwagę, iż salvarsan jest bardzo drogi, i ażeby uniknąć zanieczyszczenia i zepsucia się tegoż, należy po odłamaniu końca ampułki i wysypaniu potrzebnej ilości preparatu, zaraz zalać takową woskiem, który musi być przedtem przetopiony i zupełnie aseptyczny. Wosk przygotowuje się w ten sposób, że topi go się w małem naczyniu, napełnionem wodą, którą doprowadza się do stanu wrzenia, po ostudzeniu wodę się zlewa, a wosk pozostały w naczyniu przykrywa się płótnem, aby nie uległ zanieczyszczeniu. Otóż rozgrzanym szpadlem czystym za każdym razem zdejmuje się nieco wosku i zalewa się nim ampułkę, jakby ją korkując.

O 4% wstrzykiwaniach nowokaino-adrenalinowych.

Podał

JÓZEF KAPŁAN

Nowy Dwór.

Ze względów humanitarnych koniecznem jest, aby wszelkie nasze zabiegi wykonane zostały bez narażania chorych na bóle. Nie mniej jednak i obecnie jeszcze praktyk część swych zabiegów wykonywa mniej lub więcej boleśnie, a chory zwraca się do niego z zachowaniem pewnej rezerwy. Szczególnie narażamy na ból pacjentów przy wyświdrowaniu ubytków próchnicowych, zwłaszcza z nadwrażliwą zębiną, przy szlifowaniu zęba z żywą miazgą, jak również podczas wyjmowania górnych i dolnych trzonowców przy dobrze rozwiniętym wyrostku zębodołowym.

Prawdą jest, iż znieczulenie przewodnie 2% roztworem nowokainy z adrenaliną w części usuwa dolegliwości, nie mniej jednak ze względu na trudności natury technicznej jak również powolne, do 20 minut trwające nastąpienie znieczulenia, oraz na częstą zawodność tych wstrzykiwań w dentystyce zachowawczej musimy się zwrócić do innego, radykalnego i szybkodziałającego środka, a mianowicie do 4% roztworu nowokainy z adrenaliną.

Prof. Fischer zaznacza, iż znieczulenie w zabiegach zachowawczego leczenia winno być głębsze i silniejsze, aniżeli w zabiegach chirurgicznych. Tak np. wiadome mu są przypadki, kiedy w żuchwowem znieczuleniu zupełnie bezboleśnie usunął ząb, gdy tymczasem na sondowanie i świdrowanie miazga zębowa okazała się po tejże stronie żuchwy bardzo czułą.

Frohmann mówi o zastosowaniu nowokainy z adrenaliną do znieczulenia nadczułej zębiny, również do odcięcia i wyłuszczenia miazgi zębowej. W tych przypadkach, twierdzi on, działanie 2% nowokainy z adrenaliną nie jest wystarczające, gdy tymczasem przy wyjmowaniu zębów można prawie polegać na działaniu takiej injekcji. Daleko lepsze wyniki wykazuje kombinacja wstrzyknięcia przewodniego i miejscowego, konieczne jednak jest przestrzeganie niezbędnego czasu, póki wstrzyknięcie zacznie działać.

Paul Eisenmann podaje następujące wyniki zastosowania 2% nowokainy z adrenaliną w celu osiągnięcia znieczulenia miazgi w zębach szczęki górnej. Zdaniem jego, wstrzyknięcie 2% nowokainy z adrenaliną zupełnie nie nadaje się w zachowawczem leczeniu; tenże autor zgoła odmienne miał wyniki przy użyciu 4% roztworu nowok. z adrenaliną; na 100 przypadków:

w 85 znieczulenie nastąpiło w ciągu 3-ch minut
„ 14 „ „ „ 10 „
„ 1 czułość znacznie zniżona
„ 0 anestezja nie nastąpiła.

Jak widzimy, 4% nowokaina z adrenaliną znacznie przyspiesza osiągnięcie bezbolesności w naszych zabiegach. Tu muszę wzmiankować o Dubois, który w „Revue Odontolo-

gique" (1911) pierwszy ogłosił zastosowanie w zębolecznictwie wyższego procentowego roztworu nowokainy, a mianowicie 5% z dodatkiem ½ kropli adrenaliny na 1 cm.³ roztworu fizjologicznego soli kuchennej. Zaznaczam pierwszy, bowiem w latach tych panowała silna dążność w dentystyce do stosowania jaknajniższego % roztworu nowokainy, bowiem praktycy znajdowali się jeszcze pod silnem wrażeniem masowych otruć kokainowych.

Do sporządzania 4% nowokainy z adrenaliną nadawałyby się najlepiej pastylki, których zawartość składałaby się z nowokainy 0,04, adrenaliny 0,00002 i soli kuchennej (NaCl) 0,009, tak, iż w 1 gr. wody sterylizowanej otrzymalibyśmy 4% roztwór nowokainy, fizjologiczny roztwór zawierałby 0,9% soli kuchennej, ilość zaś adrenaliny stanowiłaby 2 krople tejże na 3 gramy roztworu.

Niestety, na rynku handlowym tego rodzaju pastylek nie można dostać, wobec czego z konieczności używane są pastylki A podług prof. Brauna, najbardziej odpowiadające powyższemu składowi; jedna taka pastylka, rozpuszczona w 3 gramach wody sterylizowanej, a zawierająca 0,9% soli kuchennej, daje w jednym gramie tego płynu 0,041 nowokainy i 0,000041 suprareniny. Jak widzimy, ilość nowokainy jest o 0,001 zwiększona, ilość suprareniny o 0,000021. Ta mała nadwyżka nowokainy nie może wywołać ujemnych skutków, ilość zaś adrenaliny jest w każdymbądź razie mniejsza, niż w ampułkach (0,00005).

Tu kilka słów poświęcę rozpowszechnionym ampułkom nowokaino-adrenalinowym. Zbytecznem jest chyba się rozwodzić nad niewłaściwością puszczania do handlu przez niektóre laboratorja ampułek pod najrozmaitszemi nazwami bez podania składu chemicznego preparatu, zawierającego często szkodliwe składniki. Mam na myśli ampułki nowokaino-adrenalinowe, przygotowywane przez poważniejsze laboratorja, szeroko stosowane w praktyce.

Fischer zaznacza, iż zupełne hermetyczne zamknięcie ampułki nigdy nie może być osiągnięte, że przy odłamywaniu ampułki dostają się do płynu drobne cząsteczki szkła, które, wstrzyknięte z płynem, mają pewien wpływ na proces gojenia rany ekstrakcyjnej, zaś najbardziej rażącem jest dodawanie przez niektóre laboratorja (Heisler, chem. Fabrik) pilniczków do rozpiłowania ampułek, która to czynność bardziej jeszcze sprzyja przedostawaniu się do płynu injekcyjnego opiłek szklanych.

Zgodnie z przeprowadzonemi przeze mnie badaniami u pacjentów, jako to omdlenia (nie wskutek strachu), długotrwałe bóle poekstrakcyjne, powikłane a opóźnione gojenie się rany przypisywane mogą być właśnie szeroko stosowanym ampułkom nowokainowo-adrenalinowym; głównym winowajcą okazuje się tu zawarta w ampułkach w stanie płynnym suprarenina, a która to w tej postaci szybko się rozkłada.

Z tego względu przemawiam za używaniem roztworu nowokaino-adrenalinowego resp. suprareninowego, sporządzanego z tabletek, warto bowiem poświęcić nieco więcej czasu, by osiągnąć dobre wyniki. Wyjątkowo, lub tam, gdzie niewymagalne jest głębsze znieczulenie, a gdzie poprzestać możemy na użyciu ½ do 1 grama, mogą być używane płyny z ampułek.

Seidel podaje, iż niejednokrotnie jednorazowo wstrzykiwał do 50 cm^3 płynu nowokainy z suprareniną, sporządzonego z tabletek, i tylko w jednym przypadku spostrzegł trujące działanie tejże. Tak wielką ilość roztworu nowokainy z suprareniną stosował Seidel przy zabiegach chirurgicznych uszkodzeń szczęk, spowodowanych działaniami wojennemi. Autor ten stwierdza, iż czem świeższy jest roztwór, tem ten mniej jest trujący, i tem silniejsze jest jego działanie znieczulające; najlepsze wyniki dają roztwory, sporządzane przez samego lekarza.

Świeże roztwory nowokainy z adrenaliną winny być przezroczyste, koloru czystej wody. Zabarwienie żółte lub jasno-żółte stwierdza, iż preparat jest w stanie rozkładu.

Gotowe roztwory nowokainy z adrenaliną można uważać jako świeże wyłącznie wkrótce po sporządzeniu. Sterylizowany roztwór nie daje się przechowywać nawet przez dodanie środka przeciwgnilnego. Dotychczas nie znamy środka przeciwgnilnego, któryby zachowywałby się obojętnie, a nie działałby ujemnie na tkanki.

Ścisłe dawkowanie nowokainy nie jest konieczne, zaś preparatów nadnerczy winno być indywidualizowane; korzystnie działa dawka 0,00002 na 1 gram płynu, u osób starszych, chorych na serce należy dawkę tę zmniejszyć do połowy.

Czy nowokaina może wywołać zatrucie i to w jakiej dawce, i czy stosowanie 1%—2% (0,01—0,02) roztworów ma być dawką stałą dla zabiegów dentystycznych?

Każdy praktyk chyba spostrzegł niezależnie od techniki wykonania wstrzyknięcia, iż im silniejszą i ilościowo większą koncentrację roztworu nowokainy zastosował, tem znieczulenie jest głębsze; ponieważ maksymalna dawka trująca wynosi według Fischera 0,8, to wstrzykując 3 gramy 4% roztworu, otrzymamy 0,12 nowokainy — ilość zatem prawie 7 razy mniejsza od dawki maksymalnej.

Braun podaje, iż nowokaina zostaje wchłonięta szybko bez uszkodzenia tkanki. Jaki jednak chemiczny związek powstaje, nie ustalono; w każdymbądź razie normalna funkcja komórek szybko wraca. Niestety, tak dodatniej opinji o preparatach nadnerczy nie mogę zacytować. Wynika, iż i na normalne gojenie się rany poekstrakcyjnej 4% roztwór nowokainy nie może mieć ujemnego wpływu, tembardziej, iż badania Fischera, dotyczące traktowania ran przysypką nowokainową, wykazują szybszy proces gojenia.

Izotonja płynu zależna jest od ścisłej ilości soli kuchennej. Komórki tkankowe zawierają pewną ilość NaCl; dzięki swej otoczce nie przepuszczają one soli, a tylko wodę. Jeżeli te znajdą się w środowisku płynnem o równej zawartości soli, to między niemi nie zachodzi wymiana płynów; izotonja stanowi właśnie wyraz zachowania się tego płynu (zw. fizjologicznym roztworem), zaś komórki na skutek takiego płynu nie podlegają uszkodzeniom. Jeżeli zaś płyn zawiera większą odsetkę soli, to osocze komórkowe w celu wyrównania ilości soli siłą osmotyczną przejdzie przez błonkę, komórka się kurczy; płyn taki nazywamy hypertonicznym. Natomiast płyny hypotoniczne oddaje wodę komórkom tkankowym, bowiem zawierają mniejszą ilość soli, niż w tychże, i skutkiem tego mamy zjawisko powiększenia się komórek, które jakby pęczniały.

Ponieważ płyny izotoniczne mają jeden i ten sam punkt zamarzania, przeto nietrudno jest stwierdzić, iż 0,9% roztwór soli kuchennej w sterylizowanej wodzie będzie płynem izotonicznym, ponieważ te, jak i krew, krzepną przy temperaturze — 0,56°C.

Czy wyższa dawka nowokainy wywołuje dysharmonję w izotonji? Ponieważ punkt zamarzania 5,48% nowokainy podług Kantorowicza odpowiada 0,9% roztw. soli kuchennej, przeto w celu zachowania izotonji injekcji wskazane jest wyższe dawkowanie nowokainy.

Dalej należy zwrócić uwagę na fizjologiczny roztwór soli kuchennej, w którym ma być rozpuszczona tabletka, bowiem według niektórych farmakopei fizjolog. roztwór bywa sporządzany z sodą (natr. bicarb), która stanowi przeciwwartość nowokainy, a w większej jeszcze mierze suprareniny, skutkiem czego anestezja bywa niegłęboka i szybko mija. Zatem winniśmy tabletki Brauna rozpuszczać nie w fizjologicznym roztworze, jeno w roztworze 0,9% soli kuchennej w czystej wodzie sterylizowanej z dodaniem conajmniej kalium sulfuricum ($K_2 SO_4$) (podług Kochmanna i Hofmanna), co pogłębia działanie znieczulające nowokainy.

Eisenmann, badając tak ważny składnik, jak sól kuchenną w naszych płynach do wstrzykiwań, doszedł do następujących wniosków:

1. Injekcja 2% roztw. now. z adren. W 0,6% NaCl injekcja bolesna; działa 4 godziny; nazajutrz bolesność w okolicy wstrzyknięcia.
2. Injekcja 4% roztw. now. z adren. W 0,6% NaCl anestezja natychmiastowa, działa 14 godzin; nazajutrz bolesność.
3. Injekcja 4% roztw. now. z adren. W 1,2% NaCl wynik taki sam, jak w p. 2.
4. Injekcja 0,6% roztw. NaCl; wstrzyknięcie bardzo bolesne; nazajutrz bolesność.
5. Injekcja 0,9% roztw. NaCl; injekcja mało bolesna; niema bólu następczego.
6. Injekcja 0,4% roztw. now. z adren w 0,9% NaCl; injekcja mało bolesna; znieczulenie natychmiastowe, lekkie bóle następcze.

W zakończeniu muszę się stanowczo wypowiedzieć przeciwko używaniu 4% roztworów nowokainy z adrenaliną w ampułkach firmy Wölm, zalecanych w pracy Eisenmanna, jak również przeciwko takimże pod nazwą „Algolysin" firmy „Sanäbo", wychwalanych w artykule Alfreda Kneuckera.

Literatura: 1) G. Fischer. Die örtliche Beteubung in der Zahnheilkunde. Berlin, 1920. 2) Braun. Die Lokalanästhesie, ihre Wissenschaftliche Grundlage und praktische Anwendung. Leipzg, 1905. 3) Kantorowitsch. Klinische Zahnheilkunde, 1920. 4) Eisenmann: Ueber die Schmerzbeteubung in der konservierenden Zahnheilkunde Zahn. Rundschau, 1922. 5) Frohmann. Verhandlung des V Internatiolen Zahn. Kongresse, Band II. 6) Seidel Deutsche Zahnheilkunde, 1913, Heft 31. 7) Kneucker. Anästhesie bei Zahnextraktionem unter Verwendung hochprozentiger Lösungen. Zeit. f. Stomat. Wien, 1922. 8) Proffing. Zur Herstellung der Novokainlösungen Centralblatt f. Chirurgie. 1921, № 47.

Przypadek znacznego zboczenia żuchwy wskutek utraty większości zębów i wyprostowanie tejże za pomocą dostawki.

Podał

I. ŚMIETAŃSKI.

Włocławek.

W roku 1913 zgłosił się do mnie 28 I. pacjent celem wprawienia brakujących zębów, utraconych w 16 roku życia.

Zaraz na wstępie zauważyłem, iż pacjent miał krzywą twarz. Przestrzeń między prawym kątem ust a dolnym brzegiem podbródka była znacznie krótsza, niż ze strony lewej, przyczem przednie zęby dolne unosiły skośno wargę górną od strony lewej ku prawej.

Przy oględzinach jamy ustnej stwierdziłem brak następujących zębów: 1) w szczęce górnej: od pierwszego prawego dwuguzkowca do pierwszego dwuguz. lewego włącznie, 2) w dolnej szczęce: 3 prawych trzonowców oraz II lew. trzon. Pozostałe zęby były dobrze osadzone w zębodołach; przednie dolne, ominąwszy wyrostek zębodołowy zębów górnych, stykały się z wargą górną, wskutek czego unosiły ją w sposób wyżej opisany.

Prawe trzonowce górne (II i III) stykały się zupełnie z wyrostkiem zębodołowym szczęki dolnej. II-gi górny lewy dwuguzkowiec artykulował z II-gim takimż i I-szym trzonowcem. Na razie należało zrzec się wykonania dostawki, gdyż przestrzeni, jaka powinna była pozostać pomiędzy pozostałemi zębami a wyrostkiem zębodołowym szczęki przeciwległej zupełnie nie było, jak należało przypuszczać, wskutek skrzywienia żuchwy. Brak odnośnych zębów, skrzywienie (zniekształcenie) twarzy oraz układ żuchwy pozwalały mi wywnioskować, że zboczeniu uległa lewa szyjka (c o l l u m) żuchwy (takież było zdanie prof. Willigera, Dicka oraz doktora Schellhohna w Berlinie, którym przypadek ten demonstrowałem).

Pacjent, człowiek inteligentny, dał się nakłonić do wyregulowania zniekształcenia, które przeprowadziłem w nast. sposób. Dla żuchwy wykonałem dostawkę kauczukową. Brakujące zęby uformowałem z kauczuku: dolny lewy trzonowiec w całej jego masie z kauczuku twardego, prawe trzonowce I, II i III miały powierzchnię żującą z kauczuku twardego, zaś części pomiędzy powierzchnią żującą a podstawą (piedestałem) z kauczuku miękkiego. Przy silnym ucisku (np. podczas żucia) miękki kauczuk ustępował, zaś w stanie spokojnym przestrzeń między wyrostkiem zębodołowym pod sztucznemi zębami a przeciwległemi była znacznie powiększona, żuchwa zaś względnie jej lewa szyjka, zwolniona z pod wpływu żwaczy, wskutek działania których pierwsza została skrzywiona, wróciła do normy.

Dostawkę tę pacjent nosił stale (w dzień i w nocy w ciągu 12 tygodni). W tym okresie kilkakrotnie zmniejszałem warstwę miękkiego kauczuku, zastępując ją twardym. W końcu udało mi się przywró-

cić normalny zgryz i otrzymać między wyrostkiem zębodołowym a zębami dostateczną przestrzeń dla umieszczenia zębów sztucznych.

Zbytecznem będzie dodać, iż pacjent zyskał i na wyglądzie zewnętrznym przez usunięcie zniekształcenia ust i podbródka.

Dział sprawozdawczy.

50) Riesenfeld K. **Traktowanie zatrzymanych w rozwoju zębów.** (Corresp. Blatt f. Z-te z. 2 r. 47).

Zdjęcie rentgenologiczne umożliwia całkowicie traktowanie zatrzymanych w rozwoju zębów. Decyduje ono ostatecznie, czy wogóle istnieje w każdym poszczególnym przypadku ząb retynowany, i wskazuje na stosunek położenia tegoż. Przy wskazaniach do regulacji zębów retynowanych muszą być uwzględniane różne czynniki: wiek pacjenta (wobec odporności kości), położenie zęba retynowanego w stosunku do korony, lub do głębokości, na jakiej po dokonaniu operacji nałożenie aparatu ortodontycznego byłoby utrudnione, wreszcie zbyt dalekie odbiegnięcie zęba od normalnego położenia anatomicznego. Kwestja miejsca również pewną odgrywa rolę ew., czy rozciągnięcie szczęki lub ekstrakcja odnośnego zęba ma być bardziej wskazane do przeprowadzenia.

Uprzednio winno być wykonane rozcięcie śluzówki, skasowanie kości w odnośnem miejscu przy pomocy dłuta lub świdra, celem umożliwienia dokładnego rozejrzenia się w sytuacji, i nałożenie aparatu regulującego.

Jak z odnośnej literatury wynika, nałożenie uniwersalnego aparatu nie jest możliwe; każdy poszczególny przypadek musi być indywidualnie traktowany.

Zasadniczo muszą być odróżniane przypadki, gdzie zastosowanie źródła siły działającej może mieć miejsce w tejże szczęce, lub też intermaksylarnie zaankrowane. Wogóle, mają tu zastosowanie też same siły, jak w ortodoncji wogóle, śruby, gumki, drut sprężysty i połączenie tych źródeł sił działających, w razach możliwości również wyprostowanie nagłe (redressement forcé).

W. Michalski.

51) Toca Munir Fernando. **Polyarthritis chronica. pyogenes.** (Revista de Odontologia, z. 3 r. 1921; Z-che Rund. z r. ub.)

Autor proponuje powyższą nazwę dla ropocieku zębodołowego (pyorrhoea alveolaris). Objawy miejscowe ogólnie są znane (przedwczesne wypadanie zębów, zniszczenie zębodołów, zależne od działalności drobnoustrojów jamy ustnej i t. d.). Choroba występuje głównie u osób, których ślina posiada odczyn alkaliczny. Zęby tych osób są mniej skłonne do próchnicy, aniżeli osób, których odczyn śliny jest kwaśny. Z drugiej znowu strony z alkalicznym odczynem śliny związane jest obfitsze nagromadzanie się kamienia nazębnego, który właśnie sprzyja powstawaniu ropocieku zębodołowego. Gdy zatem, zdaniem autora, uda się zestawić środek, zapobiegający powstawaniu kamienia

nazębnego, to temsamem uda się zwalczyć ropociek zębodołowy. W tym celu obok środków mechanicznych zaleca on kwas salicylowy i jego derywaty. Stosuje preparat ten w ten sposób, iż po starannem osuszeniu pola operacyjnego wprowadza do kieszonek dziąsłowych niewielką ilość płynu o następującym składzie: Acidi salicylici 2,0 — Ol. menthae pip. gtt. IV. — Alcoh. absol. 2,0 — Aether sulf. 5,0 — Collod. elast. 10,0. Zabieg ten stosuje co 2 dzień w ciągu 14 dni; wraz z mechanicznem oczyszczaniem zębów daje doskonałe wyniki.

K.

52) Guartiola Martiez. **Urazy zębów.** (Rewista de Odontologia z. 3, r. 1921 i Ż-che R. 7 r. 1922).

Kontuzje zebów powstawać mogą podczas ekstrakcji sąsiedniego zęba lub na skutek źle dopasowanej dostawki zębowej. Gdy w drugim przypadku pomoc nie jest natychmiastowa, wywiązuje się zapalenie ozębnej (periodontitis).

Złamania zębów mogą być samorodne (spontanea) i przypadkowe. Pierwsze po części zdarzają się u osób starszych, których zęby są kruche. Przypadkowe uszkodzenia, powstające wskutek działania obcej siły, mogą być proste i skomplikowane, zależnie, czy miazga zębowa została obnażona, czy też nie. Pierwszy rodzaj złamań zdarza się na siekaczach, drugi na dwuguzkowcach i trzonowcach.

Leczenie najpierw polega na uśmierzeniu bólu ewentualnie zatamowaniu krwawienia. Dalej—zależnie od przypadku pokrywa się dany ząb koroną okienkowatą, lub wprawia dostawkę z zębem w miejscu wyjętego. *K.*

53) **Zapalenie szpiku kostnego szczęk** podług spostrzeżeń Watona i Aimesa (23 spostrz. z kliniki prof. Estora w Montpellier) jest prawie zawsze pochodzenia zębowego, najczęściej w wieku od 9 do 13 lat. Ropień tworzy się szybko i otwiera się na dziąsłach, bądź pod żuchwą. Objawy posocznicy są częste. Z powikłań wymienić należy sinuitis maxillae, zapalenie kości licowej, szczękościsk, zapalenie gałęzi pionowej żuchwy i zajęcie stawu żuchwowego. Z zabiegiem operacyjnym trzeba się spieszyć z uwagi na posocznicę; częstą bywa utrata substancji kostnej na pewnej przestrzeni, i wówczas należy zastosować protezę, a w następstwie wykonać plastykę (Revue d'Orthopedie 1921, z. 8; ref. Lekarz Wojskowy 8 r. 1922). *K.*

54) **Anomalje zębów i szczęk.** Jako na czynnik etjologiczny powyższych nieprawidłowości (niedorozwojów szkliwa, ustawienia i t. d.), uważano krzywicę i przymiot, zaś od blisko lat dziesięciu wysunięto również pogląd na związek pomiędzy zaburzeniami czynności gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem a powyższemi zmianami zębów i szczęk. Krantz (Zeitschrift für Stomatologie, nr. 11 r. 1920), na mocy danych statystycznych, badań histologicznych i doświadczeń na zwierzętach dowodzi, iż decydującym czynnikiem etjologicznym w powstawaniu niedorozwojów szkliwa, anomalji zębów i szczęk stanowi zaburzenie przemiany wapniowej. Poszukiwania jego na obecność krętków bladych w zawiązkach zębów płodów z wrodzonym przymiotem, u których często się obserwuje niedokształcenie szkliwa,

nieprawidłowości zębów, zęby Hutchinsona, dały wyniki ujemne. Stwierdzono natomiast w tych przypadkach znaczne zmiany histologiczne, jak rozluźnienie szkliwa, szczęliny pomiędzy pojedynczemi pryzmatami szkliwa, niezwapniałe miejsca w zębinie, szczególnie na szczycie zawiązku zębinowego. Zmiany te stwierdzono tylko u tych płodów, u których zarazem istniały zwyrodnienia w grasicy i tarczycy oraz nienormalny proces zwapnienia. W przypadkach, gdy zmian w gruczołach tych nie było, zmian w zębach również nie stwierdzono. Zdaniem Krantza, istnieje pewien związek pomiędzy krzywicą, drgawkami a zmianami zębów. Zmiany szkliwa, anomalje zębów i szczęk idą ze sobą w parze i mają swe źródło w zaburzeniach gruczołu tarczowego.

55) **Zęby w oczodole.** Na posiedzeniu Sekcji sanitarnej Tow. wiedzy wojskowej w szpitalu okręgowym w Chełmie, odbytem dnia 31/III r. 1922, dr. Chemicki omówił dwa przypadki zębów nadliczbowych, rozwiniętych w oczodole.

a) Popisowy N. przesłany na oddział oczny z powodu wytrzeszczu prawej gałki ocznej. Chory twierdzi, że wytrzeszcz nastąpił po spadnięciu z drzewa w 5 roku życia. Stan obecny: Prawa gałka oczna wypięta na zewnątrz; zresztą, bez zmian chorobowych. Ruchy gałki prawidłowe. Śluzoropociek prawego worka łzowego. W oczodole żadnych zmian nie wyczuwa się. Prawa strona szczęki jest nieco więcej wypukła w porównaniu z lewą. Lewe oko prawidłowe. Rentgenologicznie stwierdzono: Ciało obce wielkości soczewicy, przedłużone, pod os. zygomaticum w prawej jamie Highmora. Badanie nosa zmian nie wykazało. Skóra twarzy bez zmian. Liczba zębów w obu szczękach prawidłowa. Rozpoznanie: ząb nadliczbowy, wyrastający w stronę dolnej ściany prawego oczodołu.

b) Popisowy twierdzi, że rodzice zauważyli u niego już od dzieciństwa przed lewem okiem guz, który stale się powiększał.

Stan obecny: Przed lewem okiem, prawie w środku dolnej krawędzi oczodołu, wyczuwa się pod skórą, nieco zaczerwienioną, wyrost kostny wysokości 1,5 cm., średnicy 0,5 cm. Powierzchnia wyrostu przypomina koronę zęba (praemolaris). Wyrost rośnie nieco naukos pod kątem 60^0 na zewnątrz i zlekka odchylony ku przodowi. Ruchy lewej gałki ocznej prawidłowe, wytrzeszczu niema.

W oku samem prócz nieznacznej niezborności nadwzrocznej zmian chorobowych nie stwierdzono. Badanie rentgenologiczne wykazało: dwa zęby nadliczbowe w lewym oczodole: jeden tkwiący w dolnej krawędzi lewego oczodołu (zaczątek zęba). Na dotyk w tem miejscu kość jest nieco zgrubiała. W radjogramie wyrosty wykazują charakterystyczną budowę zębów.

56) **Porażenia podniebienia pochodzenia błoniczego.** Dr. de Lavergne (Presse Médicale nr. 19 8. III r. ub.) omawia sprawę patogenezy porażeń podniebiennych pochodzenia błoniczego.

Mechanizm nie jest zupełnie jasny. Porażeń istnieją trzy typy podniebienia miękkiego: 1) porażenie, raczej niedowład, który występuje bardzo wcześnie, jednocześnie z anginą i znika razem z nią lub wkrótce po niej; 2) porażenie, które występuje w dwa do pięciu tygodni po an-

ginie dyfterytycznej; jest to porażenie błonicze późne; 3) porażenia, które występują w kilka dni po przebiegu anginy dyfterytycznej, są połączone z innemi ciężkiemi powikłaniami i powodują często śmierć.

Przy pierwszym typie porażenie mięśnia podniebiennego występuje jako następstwo stanu zapalnego przylegającej śluzówki; porażenie tego typu spotyka się niekiedy i w anginach innego pochodzenia (łańcuszkowce).

Drugi typ porażenia przedewszystkiem występują tylko w następstwie sprawy dyfterytycznej, odbywającej się w gardzieli. Przypuszczenia dawnych autorów, że porażenia późne mogą wystąpić w następstwie sprawy niekoniecznie błoniczej, albo w następstwie innego umiejscowienia błonicy, nie znajdują potwierdzenia w piśmiennictwie współczesnem. Są możliwe dwa przypuszczenia co do sposobu powstawania porażeń tego rodzaju: porażenie występuje albo na skutek zapalenia nerwu obwodowego, albo w zależności od uszkodznia ośrodkowego, które powstało w komórkach, skąd wychodzą włókna ruchowe, idące do mięśni podniebienia. To, że porażenie zjawia się w kilka tygodni po anginie, przemawia za sprawą ośrodkową, to o tem świadczy fakt, iż potrzebny jest pewien okres czasu, aby toksyny dosięgały ośrodków i uszkadzały je. Toksyny przedostają się tu to drogą krwiobiegu, lub przez układ nerwowy. Toksyna dyfterytyczna łatwo bywa pochłaniana przez system nerwowy. Spostrzeżenia kliniczne przemawiają również za rozprzestrzenieniem się toksyny przez układ nerwowy, np. przy jednostronnej anginie porażenie podniebienia bywa jednostronne i po tej samej stronie. Obecność niekiedy antytoksyn we krwi daje się łatwo pogodzić z teorją rozprzestrzeniania się jadu błoniczego drogą nerwową: toksyna, przenoszona przez krew, wywoływałaby szybko rozległe i śmiertelne porażenia, rozchodząc się zaś wzdłuż pni nerwowych, „unika" ona antytoksyny i wywołuje porażenia stosunkowo łagodne i nie tak rozległe. W przypadkach trzeciego typu zmiany chorobowe znajdują się tam przez układ nerwowy. Głównem miejscem szkodliwego działania są komórki, od których pochodzą włókna nerwowe, przeznaczone dla gardzieli i podniebienia, oraz włókna, od których zależy czynność serca (śmierć nagła). Dlaczego w jednych przypadkach występuje wczesne porażenie podniebiebia, w innych zaś późne — można tłumaczyć w rozmaity sposób (moment zastosowania surowicy, ciężkość przypadku i t. d.).

Aczkolwiek w niektórych śmiertelnych przypadkach błonicy znajdowano laseczniki Loefflera, jednakże mała ilość prrypadków tego rodzaju nie pozwala przypuszczać, aby obecnosć laseczników Loefflera była koniecznie potrzebna dla wywołania porażeń (podł. refer. „Lek. Wojsk." z. 7 r. 1922).

57) **Torbiel mieszkowa górnej szczęki.** Na posiedz. Sekcji sanitarnej T-wa wiedzy wojskowej w Warszawie, odb. dnia 17/II r. ub. dr. Sabat omówił przypadek torbieli mieszkowej górnej szczęki.

Z. W. chłopak 12-letni. W lewej, górnej przedniej okolicy szczękowej (Fossa canina) wyniosłość wielkości dużej śliwki, powleczona skórą niezmienioną, przesuwalną, gładką, twardą, u podstawy o ograniczeniu owalnem, ostrem, sięgającem do góry $\frac{1}{2}$ cm. poniżej dolnego brzegu oczodołu, na dół do brzegu wyrostka zębodołowego, na we-

wnątrz prawie do przegrody nosowej, na zewnątrz do linji, odpowiadającej wewnętrznemu brzegowi żwacza. Podniebienie twarde strony lewej na dół uwypuklone; również uwypuklona jest szczęka lewa do przedsionka jamy ustnej; śluzówka jamy ustnej niezmieniona. Wszystkie zęby zdrowe. Nieznaczne uwypuklenie dna jamy nosowej i bocznej ściany nosa w obrębie dolnego przewodu nosowego prawego. Drożność nosa zachowana; oddychanie nieutrudnione.

Według wywiadów guz rozwinął się w ciągu 4-ch tygodni; chory bólu zębów nigdy nie miał i obecnie żadnych bólów nawet przy silnym ucisku na guz nie uczuwa. Obraz rentgenowski ujawnia na pierwszy rzut oka, że ubytek kostny powstał nie przez zżarcie kości przez twór chorobowy, jak przez nowotwór złośliwy lub ropienie, lecz przez ośrodkowy ucisk i rozpychanie kości. Zmian proliferacyjnych kostnych wcale nie spostrzega się. Poza obrębem pola ubytku kostnego widoczne są prawidłowo wyglądające ostro ograniczone zawiązki dwóch ostatnich trzonowców stałych.

Rozpoznanie: Torbiel zębowa prawdopodobnie mieszkowa (cystis follicularis); torbiele te powstają z mieszków zatrzymanych zębów, niekiedy nadliczbowych w następstwie zaburzenia procesu rozwojowego, podczas gdy torbiele ozębnowe czyli korzeniowe (cystis periodontalis s. radicularis), zdarzające się znacznie częściej (według Partscha w stosunku do torbieli mieszkowych jak 96:4), są końcowem stadjum ziarniniaka korzenia, a zatem następstwem stanu zapalnego i próchnienia zębów.

Szczegół, zaczerpnięty z wywiadów o szybkim rozwoju sprawy chorobowej, przemawiałby przeciw rozpoznaniu torbieli, której rozwój potrzebuje kilku lat i nasuwał podejrzenie sprawy nowotworowej złośliwej. Jednak prawdopodobnem jest, że chory i jego otoczenie zauważyli zmianę chorobową dopiero wówczas, gdy powstało znaczne uwypuklenie szczęki ku przodowi, torbiel zaś rozwijała się już poprzednio przez czas dłuższy uwypuklając szczękę w kierunkach mniejszego oporu do jamy ustnej i do jamy Highmora. Obraz zaś rentgenologiczny jest charakterystyczny dla torbieli.

Przeciw przyjęciu torbieli korzeniowej przemawia zdrowy stan zębów, za torbielą mieszkową zaś znaczna wielkość torbieli.

Dr. Zwierzchowski uważa demonstrowany przypadek za wyjątkowo rzadki. Jeżeli bowiem przypuścić, że ma się tu do czynienia z torbielą folikularną, to rozrost torbieli do tak znacznej objętości w ciągu tak krótkiego czasu (jak mówi chory 4 tygodnie) jest niezwyczajny.

Torbiele pochodzenia zębowego rozwijają się bardzo przewlekle; nader długiego czasu (kilka lat) potrzeba, aby objętość torbieli stała się o tyle o ile znacznie. Nie można się więc dziwić, że przypuszczano tu nowotwór złośliwy. Badanie kliniczne daje w tym przypadku pewne objawy charakterystyczne dla torbieli. Mianowicie uwypuklenie podniebienia przy ucisku palcem wgina się wewnątz, po pewnym czasie wyrównywuje się znowu; zależy to zjawisko od tego, że blaszka kostna wyrostka podniebiennego, bardzo ścieńczona przez ucisk zwiększającej się stale torbieli, wgina się wewnątrz jamy torbielowej przy niewielkim nawet nacisku. Takie ścieńczenie kości jest zjawi-

skiem, które obserwuje się wyłącznie prawie przy rozwijaniu się torbieli. Przy nowotworach, szczególnie złośliwych, przerost kości przez komórki nowotworu zmienia jej fizyczne cechy w sposób zupełnie odmienny: tu nie tylko, jak przy torbieli, kość się staje cienką (pod wpływem ucisku), lecz zmienia się zasadniczo jej twardość i elastyczność. Należało za pomocą strzykawki przekłóć od strony podniebienia blaszkę kostną guza i spróbować wyssać zawartość. Otrzymany płyn, jego wygląd i zabarwienie daje pewne podstawy do rozpoznania, które uczynią je zupełnie ścisłem.

Jeżeli ostatecznie zatrzymamy się na rozpoznaniu torbieli, to i tu jeszcze pytanie zostaje nieroztrzygniętem, czy mamy do czynienia z torbielą folikularną, czy też torbielą, która się rozwinęła na tle zapalnem. Torbiele folikularne rozwijają się nader powoli, prędzej rosną tak zwane torbiele ozębnej, powstające na tle zapalnem. Albowiem jako resztki tkanek zarodkowych spotykamy na ozębnowej tkance łącznej wysepki nabłonkowe resztki narządu szkliwa. Z tych to wysepek pod wpływem powstających w okolicy zębów procesów zapalnych mogą się rozwijać torbiele ozębnej z przebiegiem więcej ostrym. Dr. Z. myśli, iż przed odrzuceniem rozpoznania nowotworu złośliwego należy wykonać nakłócie próbne.

58) **Patologja nerwobólu n. trójdzielnego.** Dr. Bailey („Journal of nerv. and mental diseas" 1921. 54) zwraca uwagę, iż badania histologiczne zwoju Gassera w licznych przypadkach nerwobólu nerwu trójdzielnego dały tylko wyniki ujemne, po za starczemi zmianami komórek i tkanek międzyprzegrodowych. Wobec tego autor powyższy za przyczynę nerwobólu n. trójdzielnego uważa zjawisko w obwodzie nerwu, przypuszczalnie w zakończeniach nerwów.

Cushing nadmienia, iż rodzaj bólu, jednostronność schorzenia oraz sposób rozprzestrzeniania się przemawiają przeciw pochodzeniu obwodowemu. Z pośród 400 blisko operowanych przez niego przypadków w 4% przyp. stwierdzono nawroty w drugiej połowie twarzy. Miażdżyca naczyń (arteriosclerosis) zwoju Gassera nie odgrywa w powstawaniu choroby żadnej roli, bowiem cierpienie często występuje w wieku młodocianym (ref. Centr. f. Chir, 82 r. 1922).

J. K. Szpilkowski.

Wskazówki praktyczne.

(Podług różnych zródeł).

55) **Przyczepki (klamry) glinowe** czasowo w przypadkach, w których są konieczne (nim dostawka należycie się usadowi), mogą być zalecane zamiast złotych (podług systemu Neepera). Zęby, otoczone glinem (w postaci szerokiego paska), nie ulegają uszkodzeniu; co się tyczy sposobu przyrządzania przyczepek, kierować się można zalecanym swego czasu systemem Neepera. Najpierw zdejmuje się wycisk z zęba, który ma być oklamrowany. Wycisk ten odlewa się z gi-

psu, a jeszcze lepiej z łatwotopliwego metalu. Na tak przygotowanym modelu robi się najpierw przyczepkę (klamrę) z cienkiej blachy ołowianej. Klamra ta powinna szczelnie do zęba pasować; podług tej klamry ołowianej wycina się klamrę z blachy glinowej, która doskonale pasuje do zęba. Część klamry, która ma być umocowana w kauczuku, winna być podziurkowana. Dziurki te wypełnia się woskiem, przyczepkę nakłada się na ząb naturalny w ustach, następnie zdejmujemy wycisk z ust; pozostaje ona na swojem miejscu w wycisku, następnie i na modelu. Robotę kauczukową wykonywa się, jak zwykle.

56) **Do wypełniania zębów mlecznych** zaleca się ściany ubytku próchnicowego powlec roztworem żywicy (mastyksu lub sandaraki) w chloroformie i następnie włożyć w ubytek ogrzaną gutaperkę, która w ten sposób szczelnie przylega do ścian, tworząc prawdziwie trwałą plombę.

57) **Przy krwotokach po wyłuszczeniu miazgi** nigdy nie należy stosować nadtlenku wodoru, szczególnie na przednich zębach, gdyż może nastąpić zmiana barwy zęba. Spirytus daje lepszy rezultat.

58) **Plombę czasową** można otrzymać, dodając do zwykłego cementu strzępek waty hygroskpijnej; plomba taka trzyma się dobrze i łatwo daje się wyjąć.

59) **Do pędzlowania krwawiącej śluzówki lub tamponowania krwawiącej rany** zaleca się nast. mieszaninę:

Rp. Sol. suprarenini hydr. „Hoechst."
M. L. B. (1: 1000) 1,0.
Aq. destill. ad. 10,0
DS. Zewnętrznie.

Najpraktyczniej wydobywa się suprareninę z naczynia oryginalnego w odpowiedniej ilości za pomocą wyjałowionego kroplomierza; ponieważ zwyczajne szkło wpływa rozkładająco na suprareninę, przelewania jej do innych naczyń szklanych nie zaleca się.

60) **Plomby cementowe w celu ochrony od działania śliny** (zaraz po zaplombowaniu) nie powinny być smarowane zwyczajnym lakierem spirytusowem, a roztworem żywicy kopalowej w eterze (Copallack), kopal bowiem nie rozpuszcza się w ślinie.

61) **Gładkie płytki kauczukowe.** Aby kauczuk po wulkanizowaniu został czystym wolnym od gipsu, należy model posypać talkiem z dodatkiem kwasu bornego, drobniutko sproszkowanego.

62) **Aby zapobiedz przylepianiu się gutaperki lub cementu do instrumentów** podczas plombowania, należy końce narzędzi pokryć proszkiem talku.

62) **Obchodzenie się z łatwotopliwym metalem.** Metal powinien być topiony na małym ogniu; zdejmować go się powinno z ognia już wtedy, kiedy w rondelku jest jeszcze kawałek nieroztopionego metalu.

Mieszać trzeba metal przy topieniu żelazną sztabką, albo starym pilnikiem.

Kiedy metal zaczyna gęstnieć, należy go wlewać do aparatu. W razie przelania się metalu przez brzegi aparatu wydostanie go stąd jest trudne, lecz możliwe, a to w ten sposób: kładziemy części aparatu do czystej i wrzącej wody i metal sam się tu stapia.

Trzeba uważać, żeby przy topieniu metal się nie przepalił, nie byłby bowiem już zdatny do użytku.

Trzeba też unikać wszelkiego trzęsienia aparatem podczs zastygania metalu.

Model powinien być suchy, czysty i zimny, nie mogą się znajdować na nim żadne ślady oliwy lub też tłuszczu. Przy użyciu modelu z wycisku gipsowego, nie należy smarować tegoż oliwą, lecz tylko zwilżyć mydłem.

Gdy moldyna wyschnie przez częste nalewanie na nią metalu i stanie się kruchą, można ją rozmiękczyć przez dodanie gliceryny.

Jeżeli metal po pewnym czasie stanie się brudnym, to po roztopieniu go kładziemy weń kawałek kalafonji, mieszamy dobrze i przelewamy do czystego emaljowanego rondelka, zostawiając brudy na dnie naczynia pierwszego.

Czystość w robocie z metalem jest warunkiem nader ważnym, gdyż przez brud mogą pozostać pęcherze w stępach lub stęporach.

64) **Do polerowanie płytek kauczukowych** nadaje się następująca pasta, składająca się z szarego mydła (podstawy), pumeksu i gliceryny (gorszego gatunku). Najprzód miesza się mydło z gliceryną do gęstości, mniej więcej, miodu, następnie dodaje się powoli tyle proszku pumeksowego (średnio mielonego), by powstała pasta średniej gęstości (masła). Zimową porą mydło szare jest dość twarde, należy je zatem wtedy uprzednio nieco podegrzać, następnie dodać, jak wyżej. Gdy pasta po pewnem czasie wysycha, należy dodać nieco gliceryny lub czystej wody, aby odzyskała poprzednią gęstość. Ponieważ szare mydło, zwłaszcza długo przetrzymywane, ma zjełczałą woń, do pasty dodać można nieco olejku miętowego, który woń mydła dobrze maskuje. Przed użyciem (przed przystąpieniem do polerowania) należy pastę dobrze zmieszać grubszą pałeczką. Płytki kauczukowe ślicznie się tym środkiem polerują; polerowanie białą szczotką (miękką) i kredą jest sbyteczne. Po wypolerowaniu dostawka łatwo zmywa się czystą wodą, gdyż mydło dobrze się rozpuszcza (mydli się w zimnej wodzie). Pastę przechowywać należy w zamkniętem naczyniu. *K.*

Wiadomości pomniejsze.

1) **Chińscy dentyści.** Wersje o chińskich dentystach są dobrze nam znane. Ile w tych wersjach prawdy, nie wiedzieliśmy dokładnie. Lekarz francuski F. Doré w dziele swojem „La thérapeutique et l'hygiène en Chine“ (Paris. Vigot) rzuca wiele światła na lecznictwo i hygienę w Chinach. Praca Dorégo napisana jest na podstawie szcze-

gółowych sprawozdań pewnego misjonarza, który przeszło 20 lat spędził w głębi Chin.

Aby zostać lekarzem, nie trzeba wcale się uczyć; zawód lekarski jest zupełnie wolny i nie podlega żadnym ograniczeniom. Medycyna dzisiejsza w Chinach niczem się nie różni od medycyny z przed 3—4 tysięcy lat. Podręcznik, napisany 4 tysiące lat temu, mógłby być równie dobrze napisany dzisiaj. A jednak chińczycy zaczęli znacznie wcześniej, niż europejczycy szczepić ospę ochronną i syfilis leczyć rtęcią. Środków roślinnych, nieznanych w Europie, chińczycy stosują ogromną ilość.

Chiński sposób „rwania“ zębów wprawić musi europejczyka w zdumienie.

Zawód dentystyczny należy w Chinach do zawodów popłatnych. Ażeby zostać dentystą, trzeba się uczyć kilka lat. W Chinach inaczej zębów nie wyjmują, jak palcami. Żadnych narzędzi chińczyk nie używa. Ażeby dojść do takiej wprawy, dla europejskich palców niedoścignionej, trzeba się długo uczyć i to nasamprzód u stolarza.

Młody syn nieba, który obiera sobie zawód dentysty, wstępuje na naukę do stolarza. Tu w ciągu kilku lat po 5—6 godzin dziennie wbija w deskę kołki drewniane rzędem, równo, jak zęby w szczęce, i potem je „wyrywa“ dwoma palcami, wielkim i wskazującym. Ćwiczenia rozpoczynają się na drzewie miękkiem i dopiero stopniowo uczniowie przechodzą do drzewa twardego, kołki wbija się coraz głębiej, aż wreszcie zamiast kołków drewnianych uczniowie biorą żelazne-Po 5—6 latach takich codziennych ćwiczeń palce chińczyka są jak ze stali, i młody „dentysta“ może już „rwać“ zęby. Innych zabiegów dentystycznych chińczycy nie wykonywują.

Sposób ten „rwania“ zębów — to bynajmniej nie fantazja. Należy zauważyć, iż Chiny — to inny kraj, inni ludzie, inne zasady. W oczach europejczyka wszystko tam wygląda odwrotnie. Cywilizacji tam niema żadnej. Tej w pojęciu europejskiem szukać można chyba tylko gdzieś na brzegach oceanu lub w stolicy (P. G. L.).

2) **Przymiot pozapłciowy w czasie wojny.** Seidl (Wiener mediz. Wochenschrift w ciągu 25 miesięcy stwierdził 28 przypadków zakażeń pozapłciowych i to 2 razy na palcu, 10 razy na wardze, 10 razy na migdałkach 1 raz na języku i na powiece. Przebieg tych przypadków nie różnił się niczem od przyp. płciowych (podł. Lek. Wojsk.).

3) **Pomoc dentystyczna w armji angielskiej.** Szef oficerskiego korpusu sanitarnego armji angielskiej, dr. John Goodwin, na jednem z zebrań Sekcji wojskowej Stowarzyszenia lekarzy zakomunikował, iż w dziele reorganizacji pomocy lskarskie dla armji zwrócono baczną uwagę na racjonalną organizację pomocy dentystycznej. Army Dental Corps jest już obecnie znakomicie zorganizowany i liczy przeszło 60 wojskowych lekarzy-dentystów w szarży oficerskiej, prócz tego sporą liczbę różnych pomocników, pracujących jako technicy dentystyczni (Z-che Rund. 9-1922).

4) **Conjunctivitis pochodzenia zębowego.** U pewnej młodej pacjentki dr. Sopo (Cuba Odontologica, Zeche Rundsch. 30, roczn. XXX) powstały bóle w górnej lewej szczęce, którym towarzyszyły utrudnione ruchy szczęki. Jednocześnie wystąpiło nader dokuczliwe zapalenie spojówki, które, zdaniem specjalistów, powstało na tle zakażenia grypowego. Stwierdzono, iż bóle pochodziły od M^2, nieznacznie spróchniałego. Badanie rentgenologiczne stwierdziło istnienie wierzchołkowego ziarniniaka. Po wyjęciu tego trzonowca zapalenie oka przeszło.

5) **Częstość próchnicy zębów wśród ludności Stanów Zjednoczonych Ameryki Półn.** podług dokładnych obserwacji wynosi 95%. Specjalistów dentystycznych Stany liczą 48.000, którzy zaledwie 15—20 mil. osób obsługiwać są w stanie (Dental Surgeoon, Z-che Rundsch. roczn. XXX zesz. 16).

6) **W sprawie uśmiercania (dewitalizacji) miazgi.** Jak wiadomo, arszenik (trójtlenek arsenu, acidum arsenicosum, $As\ 0_3$), używany do celów uśmiercania miazgi pomimo różnych sposobów stosowania tegoż, często wywołuje ból i to nieraz b. dokuczliwy. Znajduje się to w pewnym związku z nader trudną rozpuszczalnością tego preparatu, Bez porównania od ostatniego lepiej działa pięciotlenek arsenu. acidum arsenicicum, $As\ 0_5$, a to dlatego, iż jest więcej rozpuszczalny, efekt następuje prędzej. Ponieważ bóle, zachodzące po użyciu arsenu, powstają naskutek przekrwienia miazgi podczas pierwszej fazy działania środka, racjonalnem jest dodawać do pięciotlenku arsenu środki, powodujące zwężenie (skurcz) naczyń krwionośnych, jako to swego czasu polecił prof. Paryskiej Szkoły Dentystycznej, dr. d'Argent. Jako środki ostatniego rodzaju wskazane są ezeryna i kokaina. Pięciotlenek arsenu ($As\ 0_5$) może być stosowany podług następującego przepisu:

Acidi arsenicici ($As\ 0_5$) — 0.5
Eserini 0.2
Cocaini muriat 0.2.
Guajacoli q. s. uf. f. pasta.

Dodawanie innych środków, jak morfinę, kreozot, jest zbyteczne,

Zjazd lekarzy-dentystów we Lwowie.

Dnia 22 lipca r. b., o godzinie $8\frac{1}{2}$, odbyło się nabożeństwo w kościele archikatedralnym w obecności blizko bwustu uczestników Zjazdu. Po nabożeństwie udano się do Auli nowego uniwersytetu Jana Kazimierza (d. gmach sejmowy). Tu na przewodniczącego obrano prof. Wilgę z Warszawy, na honorowych przewodniczących zaś nieobecnych na Zjeździe prof. Łepkowskiego z Krakowa i generała Zwierzchowskiego z Warszawy. W przemówieniu inauguracyjnem, wygłoszonem, „z okazji dziesięcioletniej odnowy istnienia" Instytutu Dentystycznego uniwersytetu Jana Kazimierza, prof. Cieszyński ogólnie scharakteryzował stan dentystyki we wszystkich b. Zaborach, omówił sprawę rozwoju polskiego piśmiennictwa zawodowego od chwili utworzenia

tegoż przez ś. p. Dzierżawskiego, który pierwszy powołał do życia polski organ zawodowy: „Przegląd Dentystyczny“, następnie poruszył sprawę zrzeszeń dentystycznych i stomatologicznych w Polsce, wyrażając w końcu podziękowanie wszystkim osobom, które raczyły przyjąć udział w Zjeździe.

„Następnie przemawiali przedstawiciele różnych instytucji: uniwersytetu Jana Kazimierza, województwa Lwowskiego, Lwowskiej Izby Lekarskiej wschodnio-galicyjskiej oraz zrzeszeń dentystycznych:

1) kol. Świtała z Bydgoszczy im Związku lekarzy-dentystów b. Zaboru Pruskiego, który zaakcentował szkodliwość dla zawodu panującej rozbieżności wśród przedstawicieli dentystyki polskiej,

2) kol. Mokrzycki, delegat Związku lekarzy-dentystów chrześcijan, życząc Zjazdowi owocnej pracy,

3) kol. German, delegat Związku lekarzy-dentystów w P. Polskiem, który, składając życzenia, zaznaczył, iż Lwów złoży egzamin i ugruntuje trwałe fundamenty dla dentystyki polskiej, rozwieje niesłuszne wzajemne zarzuty w życiu korporacyjnem i przyczyni się do utworzenia wzorem krajów kulturalnych wspaniałego dzieła—Izb dentystycznych, które wzorem Izb ogólno-lekarskich, jednoczących wszystkich przedstawicieli bez różnicy kast, stanów, wyznania, poglądów politycznych dla dobra medycyny polskiej, wobec braku wpływu na pewne indywidua zdolne są regulować w drodze prawno-korporacyjnej wszelkie bolączki zawodowe; mówca gorąco nawoływał do zastanowienia się nad doniosłą sprawą Izb dentystycznych, których powołanie do życia tylko zaślepione jednostki energicznie hamują,

4) kol. Haberfeld im. Łódzkiego Towarzystwa Odontologicznego, który zaznaczył, iż wspólnemi siłami możemy osiągnąć wspaniały wynik pracy dla dobra dentystyki polskiej.

Dr. Meissner, dyrektor Instytutu Dentystycznego, wygłosił referat p. t. „Znaczenie stomatologji w naukach lekarskich“, w którym omówił rozwój zębolecznictwa w różnych krajach, zatrzymując się na dążnościach do zrównania zębolecznictwa z innemi dziedzinami nauk lekarskich.

Dnia 23 lipca dr. Allerdand wygłosił referat p. t. „O zakażeniu ustnem i środkach zaradczych“, w którem przytoczył poglądy Rosenowa, bakterjologa amerykańskiego, dotyczące czynników zakaźnych w jamie ustnej, wywołujących schorzenia w oddalonych narządach organizmu (sercu, przewodzie pokarmowym, wątrobie, stawach i t. d.).

Kol. Gombiński wygłosił referat „O ropocieku zębodołowym“, w którym omówił różne poglądy, dotyczące tej sprawy z punktu widzenia bakterjologicznego i anatomopatologicznego.

Prof. Wilga w referacie p. t. „O ropocieku zębodołowym i jego leczeniu“ zatrzymał się również nad sprawą etjologji tegoż schorzenia i leczenia, stwierdzając, iż zabiegi chirurgiczne, w ostatnich czasach zalecane przez niektórych jako inowacje w tej dziedzinie, przez niego stosowane były od 1894 roku wraz z prof. Znamieńskim w Moskwie. Środki lecznicze, dotychczas stosowane, są już dostatecznie znane, (zdjęcie kamienia nazębnego, środki chemiczne, nakładanie szyn, stosowanie promieni Roentgena, leczenie światłem i t. d.

Dr. Meissner omówił „Zasady wyjmowania zębów przy uchwyceniu kleszczy z góry oraz wyjmowania korzeni dźwigniami“ (referat był wydrukowany w z. 8 r. b. „Kroniki Dentystycznej“).

Dr. Szalit z Tarnowa mówił: „O przyczynie częstości zatrzymania zębów w szczęce“, demonstrując odnośne rengenogramy, zwrócił uwagę na przyczyny częstości retencji i ważne znaczenie zastosowania zdjęć rengenograficznych.

Kol. Goldberg-Górski wygłosił referat „O guzach zapalnych szczęk“, zwracając uwagę na ich etjologję i różne teorje powstawania tychże.

Kol. Siekierzyński mówił „O naprawianiu złamanych w ustach mostków“.

Dr. Lippel z Wiednia demonstrował sposób wykonywania koron w ciągu półtorej minuty przy pomocy skonstruowanego przez siebie specjalnego aparatu.

Kol. Litwin z Łodzi wygłosił referat p. t. „Cel i zadanie hygjeny zębów i jamy ustnej w walce z chorobami zębów wogóle i chorobami zakaźnemi w szczególności“.

W trzecim dniu zjazdu dr. Meissner wygłosił odczyt „O przygotowaniu chorego przy różnych zabiegach chirurgicznych w jamie ustnej“.

Prof. Barącz ze Lwowa mówił „O promienicy i jej leczeniu“, wskazując na dobre wyniki stosowania siarczanu miedzi; prof. Cieszyński: „O wyjmowaniu ciał obcych z jamy szczękowej“, kol. Goldberg-Górski „O leczeniu złamania żuchwy z ubytkiem przez wywołanie samoistnego tworzenia się mostków kostnych“.

Dr. Szafran mówił „O powikłaniach wskutek złamania igieł podczas znieczulania przewodniego“, profesor Wilga „O klasyfikacji zapalenia miazgi“, zaś dr. Szalif z Tarnowa „O zagadnieniach amputacji miazgi“, kolega Cenżar z Łodzi „O stosunku ubytków klinowatych do próchnicy zębowej“.

Kol. Szokalski z Kalisza demonstrował półkorony systemu Ranka.

Ze spraw ogólno-zawodowych w ostatnim dniu kol. Ignatowiczowa omówiła „Sprawę organizacji pomocy dentystycznej w szkołach państwowych“, zaś niżej podpisany w referacie „O bolączkach w dziedzinie dentystyki“ mówił o konieczności wykorzenienia partactwa dentystycznego, o uregulowaniu sprawy studjów dentystycznych, o wadliwej organizacji pomocy dentystycznej w wojsku polskiem i o koniecznej reformie w tej dziedzinie, o chaosie, panującym w Kasach Chorych, i o racjonalnej sanacji pomocy dentystycznej w szkołach, zatrzymjąc się nad sprawą utworzenia Izb dentystycznych w Polsce, które zdolne są podnieść poziom etyczno-społeczny zawodu lekarzy-dentystów i w niemałej mierze energicznie zwalczać partactwo dentystyczne wszelkiej postaci. Izby dentystyczne mogłyby ostatecznie rozwiązać różne sprawy, dotyczące przedstawicieli wszystkich byłych zaborów, a między innemi sprawę sprzedawczyków-lekarzy, którzy sprzedają za miljony już nie marek polskich, lecz za drogie i pewniejsze dolary swoje dyplomy lekarskie jako firmy nawet podrzędnym technikom dentystycznym, tem samem popierając rodzime partactwo, co krzywdzi społeczeństwo i zachwaszcza nie tylko Wschodnią, lecz i Zachodnią Małopolskę. W końcu mówca wyraził życzenie, by wyłonić komisję, która zajęłaby się ostatecznem opracowaniem ustawy o wykonywaniu praktyki dentystycznej w Polsce i o Izbach dentystycznych

Pomimo konieczności wyłonienia komisji, która odegrałaby decydującą rolę w sprawach zawodowych, niestety, taka nie została utworzona, czemu dziwić się nie można, bowiem na Zjeździe sprawy zawodowe z przyczyn znanych tylko organizatorom nie były należycie uwzględnione; nie interesowano się i nie powzięto żadnych uchwał, a sprawy te były, zdaje się, jedyną przynętą dla większości uczestników.

Na ostatniem zebraniu uchwalono następującą rezolucję w sprawie studjów dentystycznych.

I. 1) Dentystyka (stomatologja) winna wejść w ramy systemu nauczania medycyny ogólnej z tem, że przyszły lekarz-dentysta (stomatolog) ukończy studja medyczne na tych samych warunkach, co lekarze wogóle.

2) Chcący specjalizować się w dentystyce (stomatologji) muszą:

a) ukończyć jednolitą na obszarze Rzpltej liczbę przedklinicznych i klinicznych semestrów z zakresu chirurgji stomatologicznej, ortopedji szczękowej i protetyki oraz dentystyki zachowawczej;

b) zdać osobny egzamin specjalizacyjny, czem uzyskają dyplom „specjalisty chorób zębów i jamy ustnej“ z prawem wykonywania praktyki w swej specjalności.

Zjazd postanawia:

II. Domagać się zlikwidowania istniejącego prowizorjum niejednolitego nauczania dentystyki (stomatologji) w Polsce.

III. 1) bezzwłocznego utworzenia katedr stomatologicznych, odpowiednio udotowanych, przy wydziałach medycznych tych polskich uniwersytetów, w których ich dotychczas brak;

2) bezzwłocznego utworzenia klinik stomatologicznych, postawionych na poziomie współczesnych wymogów nauki dentystycznej (stomatologicznej),

IV. Polecić prezydjum zjazdu przedstawienie powyższych postulatów Ministerstwom, losem zdrowia ludności zainteresowanym, przedewszystkiem Ministerjum Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego oraz Izbom Ustawodawczym w memorjale, zawierającym równocześnie prośbę o powołanie do współpracy nad ustaleniem systemu nauczania dentystyki (stomatologji) oraz określeniem czasu trwania obecnego przejściowego programu przedstawicieli nauki i związków fachowych, reprezentowanych na zjeździe.

V. Domagać się bezzwłocznego zamknięcia istniejących na obszarze Rzplt. prywatnych szkół dentystycznych.

Zaznaczyć należy, że z obfitego programu spadła spora część referatów naukowych, a przeważnie wszystkie z dziedziny spraw zawodowych; wielu kolegów, których nazwiska figurowały w wydrukowanych programach, nie było obecnych, zaś inni pomimo obecności referatów swych nie wygłosili, aczkolwiek obejmowały dosyć ciekawe tematy. Dyskusje toczyły się niejednokrotnie w sposób oryginalny.

Przedstawiciel—słuchacz szkoły dentystycznej w Wilnie—wygłosił referat, w którym zbijał dwoistość studjów dentystycznych w Polsce. Pomimo pełnej opozycji, między innemi i prof. Wilgi, zaakcentował, że istnienie uczelni dentystycznej różnych względów jest konieczne dla młodzieży kresowej. *Stefan Barylski.*

Odgłosy.

I.

Notatki z I-go Zjazdu lekarzy-dentystów we Lwowie.

Z entuzjazmem udałem się na zjazd; niestety, już w wagonie kolejowym jakiś inteligent lwowski zapewniał mnie o blizkiem rozczarowaniu. Byłem zdziwiony. Jeszcze większe ogarnęło mnie zdumienie, gdym się dowiedział, że rozmówca mój nie należy do grona lekarskiego, jeno jako przemysłowiec lwowski dokładnie orjentuje się w stosunkach miejscowych. To też przykro mi było słuchać jego niekorzystnych uwag o stomatologach małopolskich, którzy nie potrafili wzbudzić zaufania i szacunku wśród miejscowych inteligentów. Widać, że do braku sympatji nie mało przyczyniło się zjawisko nawracania się ginekologów, okulistów i t. p. na stomatologów.

Na miejscu, we Lwowie, jeszcze większego doznałem rozczarowania na widok szczupłej garstki uczestników (około 200 osób na przeszło 3000 praktyków), wśród których brakowało bardzo wielu zasobnych w wiedzę naukową kolegów z b. Kongresówki i innych dzielnic.

Wśród kolegów z Warszawy krążyła wersja, że ścisły komitet zjazdu zignorował obecnie najstarsze polskie pismo dentystyczne, nie zapraszając redakcji na zjazd i że, co najgorsza, depeszy powitalnej tegoż pisma, niemiłej w treści dla komitetu, prezydjum zjazdu nie odczytało. Popełniono nielada nietakt, zagrano na naszej nieświadomości. To „nouvelle de jour“ wyjaśniło nam, dlaczego świeci nieobecnością tylu dobrych praktyków nie-małopolskich. Nawet niewytrawny obserwator uświadomiłby sobie, że zjazd o tyle jest „Pierwszym Polskim Naukowym Zjazdem lekarzy-dentystów“, o ile stomatologom małopolskim potrzebne było poparcie kolegów z b. Kongresówki i kresów tak ilościowe, jak i materjalne.

Okazało się, mimo szumnych nazw komitetów i podkomitetów i t. p., że kierownictwo zjazdu wcieliło się w jedną osobę, niepomną zasady „nemo bene imperat, nisi qui pomerit“. Bo jakże inaczej osądzić wypadek samowolnej, bez odwołania się do aprobaty ugółu uczestników, zmiany programu obrad, przerwania dyskusji po ref. dr. Meissnera z rozkazem połowie uczestników opuszczenia sali obrad i udania się na pokaz, lub też rozkazu przerwania pokazu klinicznego (rezekcji korzeni) d-ra Szafrana dla dokonania... wspólnego pamiątkowego zdjęcia fotograficznego?

W takiej atmosferze dyktatorskiej wszelki słuszny sprzeciw z naszej strony zrozumiany byłby jako rokosz; to też nie reagowaliśmy, ale skutek był taki, że podczas dalszych obrad w obecności połowy uczestników nie wiedzieliśmy już, czy mamy rozprawy naukowe, czy też pogawędkę towarzyską, bowiem z trybuny usłyszeliśmy stomatologa lwowskiego, pozwalającego sobie na takie żarty w związku z referatem „O naprawie złamanych licówek zębów ćwieczkowych“ w rodzaju: „jeśli jeden dentysta nieprzyzwoitość ci zrobił, to ja ci drugą zrobię“, a później już w zdemoralizowanej atmosferze posypał się szereg „mówców

dyskusyjnych", podających najrozmaitsze genjalne sposoby naprawy tychże protez, wykonanych u bardzo zadowolonych po tym zabiegu pacjentów, płacących nawet „dolarami".

Sprawiedliwość nakazuje stwierdzić, że mimo znacznych braków, zorganizowanie zjazdu pochłonęło wiele pracy i energji. Szkoda tylko, że pracę tę w rzeczywistości zmonopolizowały jednostki, że wreszcie ci, w czyich rękach spoczywało kierownictwo zjazdu, nie postarali się przyciągnąć współpracowników miłych lub niemiłych, lecz zato godnych tych poczynań, no i niekoniecznie zarozumiałych stomatologów.

Napewno nie bylibyśmy w danym wypadku świadkami tych niedomagań naukowych zjazdu, bo wszak błąd popełniony został już w samym układzie programu, podzielonego na część obradową i niefortunną pokazową. O ile część obradowa wykazała jaskrawe luki w ujęciu najżywotniejszych zagadnień naukowych i społecznych dentystyki wogóle a polskiej w szczególności, o tyle pokazowa (przeważnie znieczulenia przewodniego, intra i extra-oralnego, podoczodołowego, techniki injekcyjnej do otworu owalnego, okrągłego i zwoju Gassera oraz i rezekcji korzeni), już w żadnym razie nie winna była znaleźć miejsca na zjeździe naukowym, mimo zrozumiałego zainteresowania ze strony niektórych kolegów do tych zabiegów.

Pokazy te raczej winny były znaleźć się na jakichś kursach uzupełniających, nie mówiąc już o tem, iż program normalny uczelni dentystycznej przewiduje nauczanie tych zabiegów.

Co się tyczy wygłoszonych referatów, jak w sprawie ropocieku zębodołowego, przewertowano różne stare prawdy. Zjazd tylko tyle dorzucił, że uznał starą nazwę tego cierpienia nagminnego „pyorrhoea alveolaris" zmodernizować na racjonalniejszą alveolitis chronica purulenta.

Na szczególne wyróżnienie zasługuje wykład prof. Barącza o promienicy. Dokładne opracowanie tego zagadnienia przez prof. Barącza, ścisłe badania kilkonastoletnie, wreszcie własny system leczenia injekcyjnego tej choroby za pomocą siarczków miedzi, może posłużyć jako wzór dla referentów przyszłego zjazdu naukowego lekarzy-dentystów. Charakterystycznem w wykładzie prof. Barączą było stwierdzenie, iż nie może się doszukać związku przyczynowego między choremi zębami a promienicą, ponieważ w spróchniałych zębach mimo czczególnych badań nie znalazł grzybka promienicy.

Clou dla uczestników zjazdu, nie wykonywujących samodzielnie protez, był referacik dr. Lippla p. t. „Czy lekarz-dentysta może się obejść bez pomocy technika", przyczem referent zademonstrował aparacik, przy pomocy którego laik może w ciągu niespełna 5 minut wykonać zupełnie dobrą o idealnie estetycznym wyglądzie koronkę. Aparacik ten posiada podwójną prasę wyciskową i przy pomocy gotowych szablonów mosiężnych, stanowiących w przekroju pół poziomej objętości zęba, przez uprzednie włożenie gilzy wydaje ładną koronkę jednolitą. W celu otrzymania koronki, odpowiadającej ścisłej budowie anatomicznej danego zęba, aparacik zaopatrzony jest w przyrząd dla prędkiego uformowania odpowiedniego szablonu.

Kilkodniowy pobyt we Lwowie związany był dla przyjezdnych kolegów ze znacznemi wydatkami, i mimowoli nasuwa się myśl, czy

nie byłoby lepiej poświęcić ów ciężko zdobyty grosz na zwalczanie partactwa dentystycznego, wyświetlenie i ugruntowanie naszego stanowiska prawno-społecznego, a wreszcie na urządzenie jakiejś pracowni naukowej dla lekarzy-dentystów?

In necessalis unitas, in dubiis libertas, in omnibus charitas.

Józef Kapłan.

II.

Komunikat zarządu Związku lekarzy Państwa Polskiego. W sprawie organizacji pomocy lekarskiej dla urzędników państwowych.

Najcenniejszym skarbem człowieka jest zdrowie: ani majątek, ani sława, ani dobra doczesne go nie zastąpią; bez zdrowia nie można sobie wyobrazić radości życia; od zdrowia zależy zdolność i chęć do pracy, a zatem możność utrzymania siebie i swoich najbliższych.

Pieczę nad tym nieocenionym skarbem można powierzać tylko osobom odpowiednim. Zaufanie do lekarza podczas leczenia rozstrzyga nieraz o jego wyniku, gdyż chory, wierząc bez zastrzeżeń swemu lekarzowi, nie tylko będzie przyjmował zalecone lekarstwa, lecz wykona i inne przepisy hygieniczne i djetetyczne, które nieraz więcej się przyczyniają do powrotu do zdrowia, niż zapisywane leki.

W tym sensie wiara uzdrawia.

Każdy obywatel powinien mieć możność leczenia się u tego lekarza, do którego ma zaufanie. Jeżeli Rząd uznał, że powinien zapewnić pomoc lekarską urzędnikom państwowym, niechajże to wykona w sposób godny, to znaczy da możność powierzania opieki nad zdrowiem wybranemu przez urzędnika lekarzowi. Narzucanie lekarzy-urzędników będzie zawsze prowadziło do obustronnego rozgoryczenia: urzędnik będzie podejrzewał narzuconego sobie lekarza o niedostateczną troskliwość, lekarz zaś będzie zrażony brakiem zaufania i uznania ze strony pacjenta-urzędnika. Rezultat ten już jest teraz widoczny po próbie, uczynionej przez Ministerjum Zdrowia. Lekarze są traktowani przez urzędników jako urzędnicy, wydający świadectwa i podpisujący recepty dla otrzymania bezpłatnie lekarstwa. Wskutek tego lekarze mogą być do pewnego stopnia usprawiedliwieni, jeżeli po kilku takich zdarzeniach zaczną w zgłaszającym się urzędniku widzieć nie chorego, lecz interesanta, żądającego jakiegoś zaświadczenia.

Będzie się to stale powtarzało, o ile pomiędzy lekarzami nie będzie szlachetnego współzawodnictwa, co przy otrzymywaniu stałej pensji jest zupełnie niepotrzebne. Tylko prawo wolnego wyboru lekarza i zapłata za każdą poradę zmusi lekarzy, chcących mieć więcej pacjentów, a co zatem idzie i dochodów, do jaknajwiększej troskliwości o swoich chorych. To także będzie bodźcem do pogłębienia wiedzy i, co zatem idzie, do postępu nauki lekarskiej i z tego powodu.

Zrzeszenia lekarskie występowały i występują nie przeciwko Kasom Chorych, jako takim, lecz przeciwko zaprowadzonemu u nich systemowi opłat za liczbę godzin, spędzonych w ambulatorjum Kasy. Taki system bardzo prędko obniżyłby poziom nauki i sztuki lekarskiej, o który Związkom lekarskim najbardziej idzie, a poziom ten w Polsce dotąd stoi bardzo wysoko.

Istniejące Kasy Chorych przy swym olbrzymim aparacie centralizacyjnym nie mogą podołać zadaniu udzielania pomocy lekarskiej wszystkim, którzy do korzystania z niej mają prawo, gdyż Kasy Chorych, wprowadzone na zasadzie rozważań przy biurku, bez liczenia się z życiem realnem, nie mają ambulatorjów w ilości dostatecznej, odpowiadającej liczbie ubezpieczonych, nie mają potrzebnej ilości lekarzy i grzeszą systemem, wyłączającym wolny wybór lekarza i opłatę jednostkową; stąd powstały narzekania i niezadowolenia, które twórcy i obrońcy systemu tego chcą zwalić na odpowiedzialność lekarzy, którzy ze swej strony w przemówieniach i publikacjach ten właśnie fatalny rezultat w swoim czasie przewidywali i stale przed nim ostrzegali.

Jeżeli urzędnicy chcą mieć pomoc lekarską, któraby ich zadowoliła, nie powinni się godzić ani na lekarzy-urzędników, ani łączyć się z istniejącemi Kasami Chorych, nie będącemi w możności podołać potrzebom i wymaganiom, lecz powinni żądać własnej organizacji, opartej na wolnym wyborze lekarza i płacić za każdą poradę, czy zabieg. Ministerjum Zdrowia przewidziało tę formę pomocy, ofiarując ewentualnie do 2% pensji urzędniczych na ten cel, pod warunkiem, że urzędnicy ze swej strony dopłacą 1%. Zdaje się, że żądanie to jest pod każdym względem słuszne i nikogo nadmiernie nie obarczy, ma zaś tyle dobrych stron, że ofiara ta sowicie się zainteresowanym opłaci; urzędnicy, wnosząc opłatę 1%, będą mogli instytucją pomocy lekarskiej rządzić sami, uwzględniając wszystkie im przecież najlepiej znane potrzeby i czuwając nad celowością wydatków. Taką pomoc lekarską będą oni napewno woleli, niż bezpłatną zupełnie, ale narzuconą im zgóry. Nadto zaznaczyć należy, iż przy takiej organizacji pomocy lekarskiej członkowie wnosiliby tylko do 1% procentu od pensji.

Związek lekarzy Państwa Polskiego obiecuje swą pomoc przy organizowaniu Urzędniczej Kasy Chorych, opartej na wolnym wyborze lekarza i opłacie jednostkowej, oraz przyrzeka rozciągnąć kontrolę nad prawidłowem wykonywaniem przez członków Związku swych obowiązków.

W ten sposób interesy urzędników będą zupełnie zabezpieczone.

Zdrowie obywateli jest bogactwem kraju, a lekarze obowiązani z natury zawodu swego i powołania do dbania o zdrowotność ogólną, za pośrednictwem swego Związku wyrażają opinje, że droga powyżej wskazana najlepiej spełnią obowiązek służenia Państwu i obywatelom-urzędnikom

---

Kronika i sprawy zawodowe.

= **Sprostowanie.** W zesz. 5-6 na str. 73, wiersz 22, winno być hyperostosis, a nie jak mylnie wydrukowano.

= **„Obrona" interesów ekonomicznych stomatologów małopolskich.** Jak nadmieniono w sprawozdaniu z 1-go zebrania naukowego Związku lekarzy-dentystów przynależnych do Izby lekarskiej lwow-

skiej z dnia 26 kwietnia 1923 r. Lwowska Izba lekarska, występując „w obronie interesów ekonomicznych lekarzy-dentystów, wystosowała do Ministerstwa Zdrowia Publ. pismo z prośbą o skontrolowanie i ograniczenie na terenie Małopolski praktyki dentystów typu rosyjskiego.

= **Z Izby lekarskiej Lwowskiej** (podług sprawozdania za czas od 2-IV-1921 r. do 25-II-1923 r.). Wobec coraz częściej ukazujących się spółek małopolskich lekarzy z technikami dentystycznymi i to tego rodzaju, iż lekarze sprzedawali tylko swe firmy technikom za wysokie wynagrodzenie ryczałtowe. Wydział Izby przeprowadził szereg dochodzeń, zakończonych wydaniem zakazu prowadzenia spółek; równocześnie zwrócono się do władz administracyjnych I-j instancji z prośbą o zamknięcie zakładów, prowadzonych przez niekoncesjonowanych techników. W kilku przypadkach przeprowadzono dochodzenie i nałożono kary dyscyplinarne na lekarzy. Dzięki energicznej akcji rozwiązano 28 spółek. W sprawie reformy studjów dentystycznych wystosowano do Ministr. Zdrowia Publ. memorjał, oświadczający się przeciw projektowi utworzenia kategorji lekarzy-dentystów, a przygotowywanie młodzieży do tej kategorji już w czasie odbywania studjów w uniwersytecie. Zdaniem więc Wydziału, typ obecnego instytutu dentystycznego dla kształcenia lekarzy-dentystów jest w Polsce nieodpowiedni.

= **Z Izby lekarskiej Krakowskiej.** Protokuł posiedzenia zarządu Izby odb. dnia 2-VI-1923 r. między innemi zawiera nast. uchwały:

Uchwalono poprzeć usiłowania Izby lwowskiej w sprawie niedopuszczania do praktyki lekarzy-dentystów typu rosyjskiego.

Przeprowadzono dyskusję w sprawie nadużyć lekarzy, mających spółki z technikami dentystycznymi, oraz nadużyć techników dentystycznych.

= **Zmarli.** W Warszawie d. 4 sierpnia 1923 r. zmarł po długich i ciężkich cierpieniach dentysta Feliks Frenkiel, przeżywszy lat 56. Zmarły przez szereg lat był asystentem ś. p. dr. Kobylińskiego.

W Kozienicach zmarł dentysta Ignacy Lewenglik, przeżywszy lat 52. Zmarły przez szereg lat praktykował w Warszawie.

W Toruniu utonął porucznik lekarz-dentysta Władysław Landau, pochodzący z Warszawy. Jako młody praktyk, Zmarły bardzo interesował się postępami dentystyki i jeden z pierwszych wstąpił do armji czynnej, poświęciwszy się jej całkowicie. Ostatnio przydzielony został do Centralnej szkoły strzelniczej w Toruniu, w której zarządzał ambulatorjum dentystycznem.

We Lwowie zmarł dr. Józef Meschel, który zajmował się dentystyką. Zmarły na posiedzeniach naukowych Związku lekarzy-dentystów przynależnych do Izby lekarskiej lwowskiej wygłaszał szereg referatów przeważnie z zakresu techniki dentystycznej i dentystyki zachowawczej.

W Warszawie zmarli dentyści: Arkadjusz Wolfson i Berta Kacenelson.

W Berlinie zmarł w wieku lat 71 dr. Hugo Ascher, wynalazca pierwszego cementu krzemiowego.

= **Przedłużenie mocy ustawy o rekwizycji mieszkań.** W Dzienniku Ustaw z dnia 15 czerwca r. 1923 ogłoszono nast. ustawę: Art. 1: Przedłuża się moc obowiązującą Ustawy z dnia 4 kwietnia 1922 r. o obowiązku zarządów gmin miejskich dostarczania pomieszczeń (Dz. Ust. Rzp. P. nr. 33 poz. 134) do dnia 25 listopada 1923 r.) Art. 2: Wykonanie niniejszej Ustawy powierza się ministrowi spraw wewn. w porozumieniu z ministrem sprawiedliwości. Art. 3. Ustawa niniejsza wchodzi w życie z dniem jej ogłoszenia, z mocą obowiązującą od od dnia 25 maja 1923 r.

= **Ostrzeżenie.** W Berlinie Związek dentystów i ich pomocników (Verband der angestellten Dentisten und Helferinnen) wydał odezwę do społeczeństwa, w której ostrzega przed oddawaniem dzieci na praktykę techniczno-dentystyczną. Wśród techników dentystycznych jest obecnie blisko 60% bezrobotnych, reszta zaś nie posiada nawet minimum egzystencji.

= **Calciril** — nowy preparat chlorku wapniowego (chlorcalcium), z dobrym skutkiem używany przy krzywicy, zołzach, zmięknieniu kości, przeciw próchnicy zębowej i podczas ząbkowania. Sprzedawany w pudełeczkach po 100 tabletek po 1 grm. Wyrabia: Celciongesellschaft, Berlin, Bülowstr. 2—8.

= **Liczba lekarzy-dentystów w Holandji** wynosi 381.

= **Liczba lekarzy-dentystów w Norwegji** z końcem r. 1920 wynosiła 595 (na 1.861.160 ludności); wśród tej liczby było 22 obcokrajowców; wypada 1 lekarz-dentysta na 3.128 mieszkańców; 258 lekarzy-dentystów zamieszkuje w 5 większych miastach, liczących 473,999 mieszkańców, t. z. wypada 1 lekarz-dentysta na 1837 mieszkańców (Żche Rund 30 rocz. XXX).

= **Ze spraw dentystycznych w Czecho-Słowacji.** Przy obu uniwersytetach w Pradze (czeskim i niemieckim) od dłuższego czasu istniał Instytut dentystyczny. Działem niemieckim kierował prof. Boennecken, czeskim — prof. Jesensky. Praktyką dentystyczną mogli się zajmować tylko lekarze wszech nauk lekarskich. Dentystykę wykładano dla aprobowanych lekarzy w Instytucie uniwersyteckim, przyczem stopień lekarza-dentysty lekarz uzyskał dopiero po rocznej praktyce po powyższym instytucie. Obecnie rząd zamierza urządzić specjalny państwowy instytut dentystyczny dla lekarzy promowanych. Ponieważ zorganizowanie instytutu wymaga wielomiljonowego nakładu, rząd czechosłowacki zamierza przy czeskim instytucie uniwersyteckim urządzić czasowo Państwowy instytut dentystyczny pod kierunkiem prof. Jesensky'ego (Zeh. R. 26 r. 1922).

= **Łódzka Kasa Chorych.** Kasa Chorych rozpoczęła swoją działalność dn. 3 kwietnia 1922 roku. W tym okresie zorganizowano 6 lecznic, 44 ambulatorja po fabrykach i 4 oddziały w powiecie. Po roku istnienia zakres lecznictwa Ł. K. Ch. przedstawia się następująco: w 122 gabinetach udziela pom. lek. członkom Kasy i ich rodzinom 230 lekarzy-specjalistów przez 563 godz. dziennie; lekarzy-dentystów

Kasa liczy 45; pomoc składa się z 55 felczerów i 38 pielęgniarek: lekarstwa wydaje się w 4 własnych aptekach. Stosunek ludności, ubezpieczonej w Kasie Chorych do ogółu ludności miasta wynosi: na 476.000 mieszk. należy do Kasy Ch. 330.000 głów, t. j. ubezpieczonych i ich rodzin (zaledwie 140.000 mieszk. nie jest objętych opieką Kasy Chorych). Wartość urządzeń leczniczych wszystkich lecznic wynosi przeszło miljard marek.

= **Nowe zęby sztuczne „Saxonia“** ukazały się w Handlu. Fabrykat C. M. Hautschenreuther, Zahnfabrik, Radeberg i Sa. Adres sprzedażny: „Saxonia“ Dental-Verkaufsgesellschaft A. — G. Dresden — A, Wienerstrasse 20.

= **„Państwowa Rada Zdrowia“.** Dziennik Ustaw Rzpl. Polskiej z dnia 7 grudnia 1922 zamieszcza „Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20 listop. 1922 r. w przedmiocie ustanowienia Państwowej Rady Zdrowia“ (Monitor Polski nr. 289 z dnia 20 grudnia 1922 r.). Rada powstaje przy Ministerstwie Zdrowia Publicznego; jest ona najwyższą instytucją opinjodawczą i doradczą w sprawach, podlegających kompetencji Ministerstwa Zdrowia Publicznego (§ 1). Do zadań tej należą: rozważanie środków, dążących do poprawy stosunków zdrowotnych w Polsce, a w szczególności projektów ustaw, urządzeń zdrowotnych oraz organizacji służby zdrowia, rozważanie nowych zdobyczy naukowych i sposobów zastosowania ich w dziedzinie opieki nad zdrowiem publicznem i w lecznictwie (§ 2). Rada wydaje opinje o wszystkich projektach ustaw, dotyczących ochrony zdrowia publ., a wnoszonych do ciał prawodawczych, o projektach rozporządzeń i przepisów wykonawczych, opracowanych przez Min. Zdr. Publ. i t. d. (§ 3). Rada składa się z 30 czł. zwyczajnych, w liczbie tej jest 24 lekarzy, wybitnych przedstawicieli świata lekarskiego, 2 techników, 1 chemika, 1 lekarza weterynarji, 1 farmaceuty i 1 prawnika (§ 6). Członków honorowych mianuje prezydent Rzpolitej Polskiej z pośród najbardziej zasłużonych na polu zdrowotności w Państwie, przedstawia ich Min. Zdr. Publ. (§ 7). Rada może tworzyć specjalne delegacje z udziałem rzeczoznawców (§ 9). Prezesem Rady jest Minister Zdrowia Publ., wiceprezesem jeden z członków Rady z pośród lekarzy (§ 10).

= **Pomoc dentystyczna w gimnazjach państwowych.** W r. 1921/2 gimnazja państwowe na terenie b. Kongresówki w 55 czyli 67%, a na 41 seminarja państwowe nauczycielskie w 24 czyli w 59% urządzono szkolne poradnie dentystyczne i zorganizowano pomoc dendystyczną na miejscu. W tymże roku zbadano stan oziębienia u 15,617 uczniów i uczenic, założono 12,816 plomb, pni usunięto 2,763, zapalenia miazgi zębowej wyleczono w 2333 przyp., zgorzel w 1,571 przyp. (podł. sprawozdania dr. Stan. Kopczyńskiego, „Kurjer Warsz.“ 18 sierpnia 1923 r.).

= **Organizacja pomocy dentystycznej w wojsku polskiem.** Według wywiadu u Ministra Wojny, jaki miał sprawozdawca „Kurjera Warszawskiego“ (zob. № 222 z dnia 12 sierpnia r. 1923), na ogólną ilość etatów lekarzy, zajętych jest około 60%, dentystów zaledwie 20% etatów Nie tęgo więc przedstawia się organizacja pomocy dentystycznej w armji polskiej.

= **Uchwała.** W Warszawie odbyło się walne zgromadzenie Związku lekarzy Państwa Polskiego przy udziale delegatów ze wszystkich krańców Rzeczyposlitej. Z najważniejszych uchwał powzięto następujące. „Trzeci zjazd Związku lekarzy Państwa Polskiego w stosunku do Kas Chorych postanawia, aby nadal dążyć systematycznie do zmiany obecnego systemu kasowego przez zastąpienie go wolnym wyborem lekarza, niezależnie od tego, czy to w ambulatorjach, gdzie one już istnieją, czy wśród wolnopraktykujących.

W stosunku do organizowanej przez państwo pomocy lekarskiej dla urzędników walne zgromadzenie, chcąc dać tę pomoc jaknajlepszą i jaknajtańszą, uchwala, że należy przyjść z możliwie dużemi ustępstwami na rzecz urzędników, leczyć ich nadal na warunkach możliwie najniższych, z drugiej strony jednak, stojąc na straży godności stanu lekarskiego, Związek uważa za jedyną formę pomocy lekarskiej, godną wolnego obywatela Rzeczypospolitej, a więc urzędnika, wolny wybór lekarza według zaufania. Chcąc ułatwić pomoc lekarską urzędnikom, Związek oświadcza gotowość zalecania swym członkom leczenia urzędników na warunkach niższych od zwykle przyjętych w praktyce.

= **Z Państwowego Instytutu dentystycznego.** Zgodnie z wykazem statystycznym w r. akad. 1922/23 Instytut liczył:

Ogółem	**studentów**	**396**	— mężczyzn	56,	kobiet	340
I kurs	„	116	— „	21,	„	95
II „	„	47	— „	8,	„	39
III „	„	30	— „	5,	„	25
IV „	„	203	— „	22,	„	181

Słuchaczy zwyczajnych 152, wolnych — 243.

Instytut liczy 9 profesorów zwyczajnych, 7 zastępców profesorów, 1 adjunkta, 4 asystentów oddziału chirurgiczno-stomatologicznego, 7 asystentów oddziału dentystyki zachowawczej, 4 asystentów oddziału techniki dentystycznej, 15 asystentów przy katedrach różnych wykładów zleconych, 4 techników dentystycznych, 4 pomocnice dentystyczne po 2 przy katedrze chirurgji stomatologicznej i dentystyki zachowawczej. Sekretarjat składa się 1 sekretarza, 1 pom. sekretarza i 1 st kancelistki. Razem więc personel Instytutu wraz z asystentami przy katedrach wykładanych przedmiotów liczy osób 58. Wykładane przedmioty: fizyka, fizyko-chemja dentystyczna, histologja i embrjologja, anatomja opisowa, technika dentystyczna, rysunki, fizjologja patologja ogólna i doświadczalna, anatomja patologiczna, farmakologja, dentystyka zachowawcza, choroby wewnętrzne, hygjena, chirurgja og., chirurgja stomatologiczna, choroby skórne i weneryczne. Katedrę dentystyki zachowawczej zajmuje prof. Wilga, chirurgji stomatol. — zast. prof. dr. Meissner, techniki dentystycznej — vacat.

= **Studja dentystyczne w Anglji.** W parlamencie angielskim obecnie rozpatrywana jest sprawa studjów dentystycznych. Prawo zajmowania się praktyką dentystyczną przysługiwać ma wyłącznie lekarzom-dentystom. Sprawa ta była szeroko omawiana w zawodowych pismach angielskich i stowarzyszeniach dontystycznych. Angielscy koledzy uwa-

żają obecne wystąpienie rządu za zdarzenie epokowe, które mieć będzie nader ważne znaczenie dla przyszłego rozwoju dentystyki i podniesienia stanowiska społecznego lekarza-dentysty w stosunku do innych lekarzy i ogółu publiczności. Prawo studjów przysługiwać ma obsolwentom średniego zakładu naukowego, lub osobom, które złożyły egzamin dojrzałości. Studja dentystyczne trwać mają 5 lat. W ciągu 1-go roku odbywać się mają studja w dziedzinie chemji, fizyki i biologji, od 1½ do 2 l.—anatomja, fizjologja, histologja i patologja w rozmiarach, niezbędnych dla lekarzy-dentysty. W ciągu reszty 2½ lat odbywają się specjalne studja: specjalnej patologji, bakterjologji, materia-medicae, radjologji. Najważniejszy dział stanowią specjalne studja przedmiotów dentystycznych, zwłaszcza pod względem praktycznym. (Podł. The Dental Record).

= **Prośba.** Komitet budowy Domu Medyków w Krakowie przystępuje do wydaw. Księgi adresowej lekarzy i dentystów Rzeczypospolitej Polskiej. Wobec tego zwraca się z prośbą do wszystkich lekarzy i dentystów o ułatwienie mu tego zadania przez nadesłanie adresów z podaniem specjalności i godzin ordynacyjnych oraz charakteru służbowego. Komitet budowy Domu Medyków, Kraków, skrzynka pocztowa 12.

= **Oryginalne „odkrycie".** Trzem angielskim bakterjologom po dłuższej pracy udało się wyhodować i izolować specyficzny „lasecznik bólu zębów"; drobnoustrój ten ochrzcili oni nazwą acidophelus odontalgycus. W celu stwierdzenia swego wykrycia przenosili oni lasecznik ten na zdrowe zęby, które uległy zniszczeniu. Jeżeli osiągnięto istotnie tak znaczny postęp, to należy jeszcze zestawić jakąś antytoksynę, a ludzkość pozbędzie się czyniącej coraz znaczniejsze postępy plagi — próchnicy zębów (podł. „Dental Journal" 11 r. 1922).

= **Pomoc dentystyczna dla robotników a wydajność pracy.** Na rocznem zebraniu członków Instytutu przemysłu przędzialnianego w Manchester prezes Emsley zakomunikował, iż od czasu ustalenia stanowiska własnego lekarza-dentysty przy fabrykach przemysłu przędzalnianego stan zdrowotny robotników znacznie się polepszył, zaś liczba dni bezroboczych się zmniejszyła (Z. R. 26. 1922).

= **Stopień doktora dentystyki** ustanowiono w Argentynie.

= **Statystyka.** Wszechnica Warszawska liczyła w r. akad. 1922/23 ogółem słuchaczy 8570, w tem mężczyzn 65,5%, kobiet 34,5%. Na wydział lekarski uczęszczało 1811 studentów, w tem mężczyzn 1428.

= **Fabryczni lekarze-dentyści.** W Stanach Zjednoczonych Ameryki Półn. 21 większych przedsiębiorstw przemysłowych ustaliło stanowiska lekarzy-dentystów dla swoich robotników (Z-che Rund.).

= **Liczba lekarzy w Niemczech** podług „Deutsche" Medizinische Wochenschrift" wynosi przy 60,5 mil. ludności 36,186, t. j. 5,99 na

10,000 ludności. Po Berlinie najwięcej lekarzy liczy Wiesbaden, najmniej — miasta fabryczne w Nadrenji i Westfalji (Dental-Journ. z roku 1922).

= **„Novol“** — Nowy środek miejscowo-znieczulający, zawierający suprarenal (wyciąg). Wyrabia Novocol-Chemical Manufacturing Co, Mokers of Novol Products, Broklyn N. Y. 2921-23 Atlantic Ave.

= **Najbliższy kurs ortodoncji** doc. d-ra P. W. Simona odbędzie się od 1—13 paźdz. r. b. Informacji udziela dr. Simon, Berlin, Eislebenerstr. 7.

W redakcji naszego pisma jest do nabycia:

KRAKOWSKI M.:

1) **„Polskie Słownictwo Dentystyczne“.**

2) **„Rys ogólny sprawy miejscowego znieczulania przy wyjmowaniu zębów z uwzględnieniem nowych danych“.**

Pozostała niewielka ilość egzemplarzy.